PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.

Rok XVII. – 1878.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
w Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ign. Stelcla.
1878.

Spis autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Spis autorów z których prac podano wyciągi i sprawozdania.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XVII. „Przeglądu Lekarskiego."

(*Liczby oznaczają strony*).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach krajowych.

II. Inne prace oryginalne.

1. Patologia, terapia i dyjagnostyka.

2. Chirurgia, okulistyka, położnictwo, choroby kobiet i dzieci.

3. Farmakologia, toxykologia, balneologia.

4. Medycyna sądowa, Medycyna publiczna. Sprawy lekarskie w ogóle. Życiorysy.

III. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

V. Wyciągi i tłumaczenia.

VI.

Zestawił

Dr. Wł. Ściborowski.

ZDANIE SPRAWY
z czynności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w roku 1878.

I.

Zdanie sprawy ogólne

przez

Docenta Dra Stanisława Pareńskiego, sekretarza stałego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie w trzynastym roku swego istnienia w niczem nie odstąpiło od celu, jaki sobie w chwili zawiązywania się wytknęło, i od kierunku, w jakim się przez cały czas rozwijało. Ciągłe przybywanie nowych członków, mimo przerzedzania się ich liczby, jużto przez śmierć, jużto przez inne nieprzewidziane okoliczności, utrzymywanie się wysokiéj cyfry członków, liczny ich udział w posiedzeniach Towarzystwa są dowodami uznania, jakiego się Towarzystwo w świecie lekarskim doczekało. Obecnie każdy wstępujący świeżo do grona stanu lekarskiego, uważa za obowiązek należeć do Towarzystwa i brać gorliwy udział w jego czynnościach. Liczba ogólna członków wynosiła z końcem 1878 r. 258, między tymi było 5 honorowych, 68 czynnych, 182 korespondentów i 3 przybranych. Wciągu tegoż roku przybyło 14 członków, z tych 5 czynnych a 9 korespondentów.

Posiedzeń odbyło się w ciągu roku 19 a przedmiotem ich było tak, jak po inne lata przedstawianie rzadszych i ciekawszych przypadków chorobowych, odczytywanie rozpraw naukowych, przedstawianie niezwykłych okazów patologiczno-anatomicznych, narzędzi lekarskich, chirurgicznych i przetworów leczniczych.

Czynności Towarzystwa nie ograniczały się wyłącznie do posiedzeń wyżéj wymienionych, lecz jeszcze zatrudniały komisyje z łona Towarzystwa wydzielone a mianowicie komisyję redakcyjną Przeglądu Lekarskiego, terminologiczną, sprawozdawczą, hygieniczną, balneologiczną, wreszcie komisyję mającą za zadanie popierać rozpowszechnianie wyrobów krajowych, zwlaszcza aptekarskich.

Organem Towarzystwa był jak i dawniéj Przegląd Lekarski, a rocznik z ubiegłego roku przewyższył roczniki z lat poprzedzających tak pod względem wyboru i obfitości materyjału jak i wszechstronności artykułów. Przegląd lekarski stanął na silnych podstawach i obecnie nie potrzebuje się spuszczać na dostarczanie mu artykułów z łaski lub grzeczności, lecz opłaca je tak jak każdy inny czasopism zagraniczny.

II.

Zdanie sprawy z czynności naukowych

ułożone przez

Dra Feliksa Skórkowskiego, Sekretarza dorocznego.

Chcąc uwidocznić dzialalność Towarzystwa naszego na polu naukowém, wymienię pokrótce prace, jakie na posiedzeniach przedstawione były. Ilość ich w roku ubiegłym byla wcale znaczna:

a) Z medycyny wewnętrznéj. 1) Kol. Skórczewski odczytał pracę p. n. Przyczyny i wywód chorobowy niektórych przypadków zwątlenia przewodu pokarmowego, oraz leczenie tego cierpienia w Krynicy. 2) Kol. Prof. Korczyński podał wypadek pracy Dra Rosenblatta nad działaniem wlewania większéj ilości płynu do jelit. 3) Kol. Żebrowski czytał o użyciu kreozotu w suchotach płucnych.

b) Z Chirurgii. 1) Kol. Dembowski przedstawił chorą, któréj wyjęto z pomyślnym skutkiem całą obumarłą kość łokciową z pozostawieniem okostnéj. 2) Kol. Obaliński przedstawił przypadek guza białego stawu łokciowego, uleczony za pomocą wstrzykiwań miąższowych kw. karbolowego.

c) Z Położnictwa. 1) Kol. Jordan opowiedział przypadek zaśniadu mięsnego. 2) Tenże opisał przypadek przedarcia sklepienia przodkowego.

d) Z Ginekologii. Kol. Bylicki opisał przypadek przepukliny macicznéj pachwinowéj, uleczony za pomocą operacyi radykalnéj.

e) Z Okulistyki. 1) Kol. Wurst objaśnił zmiany patologiczne w dwóch wyłuszczonych gałkach ocznych. 2) Tenże odczytał o działanin ezerynu w jaskrze. 3) Tenże przedstawił przypadek wrodzonego rozszczepienia tęczówki i naczyniówki. 4) Kol. Prof Rydel odczytał własne spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją.

f) Z Syfilidologii. 1) Kol. Obtułowicz odczytał uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych. 2) Tenże czytał o użyciu nadmanganezanu potasowego w ostrém zapaleniu wiewiórowém cewki moczowéj.

g) Z Dermatologii. Kol. Obtułowicz przedstawił chorego z bąblicą zwykłą złośliwą

h) Z Elektroterapii. Kol. Doc. Domański mówił o kąpielach elektrycznych.

i) Z Medycyny sądowéj. Kol. Prof Blumenstok podał uwagi nad znaczeniem sądowo-lekarskiém wklinowania włosów w szczeliny czaszkowe.

k) Z Pedyatryi. Kol. Kwaśnicki odczytał pracę o durze powrotnym u dzieci.

l) Z Farmakologii. 1) Kol. Lutostański czytał o najodpowiedniejszych sposobach zadawania żelaza. 2) Kol. Prof. Korczyński przedstawił wynik pracy Dnda Smolińskiego o działaniu chlorku pilokarpinu.

m) Z anatomii patologicznéj. 1) Kol. Ponikło okazał i opisał pasożyt właściwy durowi powrotnemu. 2) Tenże przedstawił tchawicę ze zwężeniem powstałém skutkiem kiły. 3) Tenże okazał zmiany patologiczne w płucach i krtani mężczyzny zmarłego na nosaciznę.

n) Z Antropologii. Kol. Lutostański odczytał rzecz o zadaniach i celu antropologii współczesnéj.

o) Z Statystyki lekarskiéj. Kol. Buszek przedstawił wykazy śmiertelności Krakowa w r. 1877.

p) Analecta. 1) Kol. Pacuła przedstawił i objaśnił plany nowéj rzeźni w Krakowie. 2) Kol. Trauczyński przedstawiał kilkakrotnie nowsze środki lekarskie, jako téż ciekawsze przetwory farmaceutyczne własnego wyrobu.

s) Narzędzia. 1) Kol. Obtułowicz okazal narzędzia służące do endoskopii i opisał ich użycie. 2) Tenże przedstawił świéczki Moorhofa-Mosetiga, do leczenia zwężeń cewki moczowéj. 3) Kol. Bylicki okazał stół Bozemana do operacyi przetok pęcherzowo-pochwowych. 4) Kol. Doc. Domański przedstawił i ocenił przyrząd elektryczny Spamera do stosowania prądu stałego. 5) Kol. Skobel okazał opaskę Horanda do leczenia zapalenia wiewiórowego przyjądrza.

III.

Sprawozdanie podskarbiego

Tow. Lek. Krak. za rok 1878.

A. Dochód.

		zł.	kr.
1.	Zaległe składki kwartalne	137	3
2.	„ „ wpisowe	75	—
3.	Bieżące „ kwartalne	675	—
4.	„ „ wpisowe	61	—
5.	Odsetki od kapitału	82	26
6.	Sprzedaż uzupełnienia słownika	2	40
7.	„ sprawozdania z wiecu rak. lek.	4	40
8.	Za sprawozdania do roczników Virchowa	54	53
	Razem	1091	62

B. Rozchód.

1.	Wydatki kancelaryjne	6	21
2.	Stenografija	62	—
3.	Subwencyja dla Przegl. Lek.	150	—
4.	Prenumerata Przegl. Lek. dla czł. czynnych	554	—
5.	Wydatki komisyi balneologicznéj	10	96
6.	Wydatek na bibliotekę Tow.	7	—
7.	Pożyczka na portret Majera	50	—
8.	Służba w Tow. Lek.	24	—
9.	Korespondencyje i portoryja	18	30
10.	Wydatki komis. terminologicznéj	34	80
11.	„ „ sprawozdawczéj do Virch.	30	60
12.	Różne druki dla Tow.	36	95
13.	Wydatki komis. higienicznéj	1	20
14.	„ „ statutowéj	1	80
15.	Varia (wieniec dla Dietla, etc.)	33	47
	Razem	1021	29

C. Bilans.

Dochód	1091 fl.	62
Rozchód	1021 fl.	29
Pozostałość	70 fl.	33

D. Majątek Towarzystwa z końcem roku 1878.

1. Sześć listów zastawnych po 100 fl. 6% zakładu kredytowego ziemskiego, zakup. za 561 fl.
2. Gotówką 912 fl. 53½ kr. w. a. ulokowane w zakładzie kredytowym ziemskim.
3. W pożyczkach na portrety PPff. Majera i Skobla kwota 290 fl. w. a.

Dr. Alfred Obaliński.
podskarbi Tow. lek. krak.

IV.

Sprawozdanie z czynności Komisyi balneologicznéj.

Komisyja balneologiczna pod przewodnictwem Prof. Dra Korczyńskiego zalicza obecnie do swego grona: członków miejscowych czynnych 32, członków zamiejscowych 18 i członków przybranych 26, razem 76.

Komisyja w takim składzie odbyła w ciągu roku zeszłego posiedzeń zwyczajnych 10, a wierna zasadom wyłożonym w programie swoich prac rozwijała w roku ubiegłym swą działalność w trzech kierunkach: umiejętnym, administracyjno-ustawodawczym i społeczno-ekonomicznym.

Ogłoszone drukiem Sprawozdanie z posiedzeń Komisyi balneologicznéj w r. 1878 daje szczegółowy obraz czynności dokonanych w roku ubiegłym.

Tutaj nadmienić wypada, że prócz rozpraw ściśle umiejętnych, odczytywanych przez członków na posiedzeniach, Komisyja zachęcała Zarządy zdrojowe do prac umiejętnych w celu zbadania stosunków klimatograficznych i hidrologicznych różnych zdrojowisk i uzdrowisk. W tym celu rozesłała ona okólniki wraz z instrukcyjami. w sprawie zakładania stacyj meteorologicznych i robienia takichże spostrzeżeń, potrzeby nowych rozbiorów chemicznych zdrojów lekarskich, tudzież wód mineralnych na sprzedaż we flaszkach wysyłanych; w sprawie pomiarów wydatności zdrojów; wreszcie w sprawie rozbiorów chemicznych wód studziennych. w miastach i miasteczkach kraju naszego. Do czynności umiejętnych należy także udzielenie C. k. Dyrekcyi domen i lasów uwag co do planów budować się mających łazienek borowinowych w Krynicy.

W kierunku społeczno-ekonomicznym Komisyja balneologiczna skupiła, że tak powiem, swoją czynność. Na dowód służyć mogą liczne zapytania o rady i wskazówki, z jakiemi udawały się do Komisyi Władze publiczne, instytucyje krajowe, Zarządy zdrojowo-kąpielne, lekarze i osoby prywatne. Z zachęcenia Komisyi powstać mają nowe zakłady lecznicze w Korszowie, Morszynie i Rymanowie. W téj mierze Komisyja balneologiczna wysyłała kilkakrotnie delegata do tych miejscowości w celu zbadania rzeczy na miejscu i udzielenia na téj podstawie swoich uwag i rad. Komisyja wysyłała również w ubiegłym roku delegatów do Krynicy, Swoszowic i Żegiestowa, dla zbadania istniejących niedostatków i zaprowadzenia niezbędnych ulepszeń w tych zdrojowiskach. Daléj zajmowała się Komisyja sprawą zakładu zdrojowego w Niemirowie, tudzież poczyniła starania co do wprowadzenia naszych wód lekarskich na targi zagraniczne. Wreszcie udzieliła wskazówek p. Rzący, właścicielowi fabryki wód gazowych w Krakowie, w jaki sposób ma wyrabiać gazowe wody lekarskie uproszczonego składu.

Jedną z najważniejszych czynności w trzecim kierunku administracyjno-ustawodawczym było wypracowanie obszernego memoryjału do Wydziału krajowego w sprawie ustawy zdrojowéj oraz projektów do saméj ustawy. Zasady wyłuszczone w owym memoryjale przyjął Wydział Sejmowy w projekcie do Ustawy dla zdrojowiska Krynicy. Na żądanie Izby handlowo-przemysłowéj we Lwowie Komisyja balneologiczna wypracowała wykaz statystyczny zakładów zdrojowo-kąpielnych i zdrojów wód lekarskich w Galicyi i Bukowinie.

Bióro Komisyi otrzymało odezw i pism rozmaitych 63, wysłało zaś pism i odezw 402, razem załatwiło numerów 465.

Już ten pobieżny rzut oka wskazuje, że Komisyja balneologiczna rozwinęła obszerną działalność. O ile starania nasze uwieńczone zostaną pożądanemi skutkami, przyszłość okaże.

Księgozbiór Komisyi balneologicznéj liczy obecnie tomów i zeszytów 590; wzrósł więc w ciągu ostatniego roku o 287 dzieł i rozpraw. Znaczniéjsze dary wpłynęły od Dra Hordyńskiego, Dra Sciborowskiego, Dra Zieleniewskiego, przedewszystkiém zaś od spadkobierców ś. p. Prof. Dra Dietla. Muzeum balneologiczne liczy obecnie przedmiotów 83.

Komisyja balneologiczna poniosła w zeszłym roku bolesną stratę przez śmierć nieodżałowanéj pamięci Prof. Dra Dietla, swego założyciela i opiekuna, twórcy krajowych zakładów zdrojowych. Cześć niespożytéj zasłudze i pamięci znakomitego męża i chluby kraju!

Dr. Lutostański.
sekretarz Komisyi baln.

V.

Zdanie sprawy

z czynności Komisyi higijenicznéj.

Z powodu ważności medycyny społecznéj w dzisiejszych czasach, Towarzystwa lekarskie zagraniczne, jeżeli nie przeważnie, to przynajmniéj w znacznéj części bardzo gorliwie zajmują się sprawami higijenicznémi i dają w tym kierunku znakomite dowody zbiorowéj pracy. Gdzieindziéj znowu z grona towarzystw lekarskich wyłoniły się osobne sekcyje lub odrębne stowarzyszenia dla ochrony zdrowia

prywatnego i publicznego. I nasze Towarzystwo lekarskie słusznie uczyniło, tworząc osobną Komisyję higijeniczną, która jednak mimo kilkoletniego istnienia, nie zdołała pokonać wszelkich trudności, z jakiemi ma do walczenia, główuie zaś z obojętnością powszechnie w kraju naszym spostrzeganą dla spraw zdrowia ogólnego dotyczących. Nic też dziwnego, że Komisyja higijeniczna nie mogła dotychczas złożyć wybitnych dowodów swéj działalności, bo tylko zwolna i stopniowo rozwijać może swą czynność w danych stósunkach. Główne jak na teraz, upatrujemy jéj zadanie w przygotowaniu gruntu dla jéj w przyszłości działania. W téj mierze nie jedno zostało zrobione w granicach uchwalonego przez Tow. lek. regulaminu dla Komisyji higijenicznéj. Komisyja nasza weszła w stosunki z Towarzystwem techniczném, które z największą gotowością przyrzekło tak bardzo pożądany udział i pomoc w pracach Komisyi. W tym celu wszyscy członkowie wzmiankowanego Towarzystwa zaproszeni zostali, jako goście na posiedzenia komisyi i nawzajem nasi członkowie na posiedzenie Towarzystwa. Następnie poczynione zostały przygotowania do przedstawienia w najkrótszym czasie pod obrady Komisyi dwóch kardynalnych spraw zdrowia naszego miasta dotyczących, mianowicie sprawy wodociągów i kanalizacyi, tém samém uzdrowotnienia m. Krakowa. W kierunku praktycznych zadań, zwłaszcza w obec coraz bardziéj wzmagającego się u nas fałszowania artykułów żywności, Komisyja higijeniczna czyniła rokowania w celu założenia w Krakowie Stacyi doświadczalnéj dla badań higijenicznych.

Szczegółowe sprawozdanie, które drukiem ogłoszone zostanie, okaże dążenia i dotychczasowe usilowania Komisyi higijenicznéj.

Na teraz nadmienić wypada, iż Komisyja w ciągu roku ubiegłego, odbyła 6 posiedzeń, na których rozstrzygano przeważnie pytania higijeniczne tyczące się potrzeb krajowych, w szczególności miasta naszego.

Komisyja liczyła członków zwyczajnych 30 a przybranych 13. Możemy więc wystąpić tylko z dobrémi chęciami, które przy łaskawém a należytém poparciu, wydać winny choć skromne wyniki naszéj pracy, dążeń i usiłowań.

Dr. Rybczyński.
sekretarz Komisyi higijen.

VI.

Sprawozdanie

z czynności Komisyi terminologicznéj, dokonanych w r. 1878.

Komisyja terminologiczna Towarzystwa lekarskiego w r. 1878, zajmowała się daléj przygotowywaniem nowéj edycyi słownika łacińsko-polskiego wyrazów lekarskich rozpoczętém w r. 1877.

Złożona podobnie jak w roku poprzednim z 3ch członków t. j. Dra Aleksandra Kremera, Prof. Dra Józefa Oettingera i z podpisanego, i w tém małém gronie doznawała uszczuplenia w skutek choroby członków; pomimo to jednak przez rok cały z wyjątkiem miesięcy wakacyjnych, była czynną.

I tak, przez m. styczeń, luty, marzec, kwiecień i większą część maja, z powodu choroby kol. Kremera, posiedzenia w komplecie z 2 tylko członków złożonym, odbywały się w mieszkaniu podpisanego. Począwszy od 29 maja gdy kol. Kremer, lepiéj się już mając, zapragnął brać udział w pracy Komisyi, posiedzenia téjże przeniosły się do jego mieszkania i odbywały się w komplecie, jużto z 3ch członków, jużto z kol. Kremera i podpisanego złożonym. Nareszcie od 12 grudnia do końca roku, posiedzenia znowu miewały miejsce w mieszkaniu podpisanego, który w ogóle pełnił obowiązki sekretarza komisyi, z wyjątkiem tych ostatnich 3ch tygodni, w ciągu których czynność tę sprawował kol. Oettinger.

Tym sposobem komisyja odbyła w ciągu 1878 roku 75 posiedzeń, czyli od początku pracy nad przygotowywaniem nowéj edycyi słownika 101 posiedzeń.

Komisyja w przygotowywaniu nowego wydania słownika, trojakie założyła sobie zadanie, mianowicie:

1. Uzupełniać słownik tłumaczeniem wyrazów niemieckich i francuzkich;

2. Przejść dawny słownik Drów Skobla i Kremera i usunąć z niego te wyrazy, któreby się okazały zbytecznymi;

3. Wreszcie, przekłady polskie wyrazów z zakresu osobnych gałęzi naukowych rozstrząsać z kolegami zajmującymi się odpowiednią gałęzią szczegółowo.

Co do 1go.

a) W dalszym ciągu pracy rozpoczętéj w roku poprzednim, przeglądaliśmy w słowniku lékarskim francuzkim Littrégo i Robina wyrazy, począwszy od litery G, aż do Z (str. 651 — 1640), w skutek czego uzupełniliśmy nasz słownik przekładem 1728 wyrazów lékarskich francuzkich, z których było: z zakresu hist. nat. 30, z chemii i fizyki 186, z anat. i fizyol. 267, z patol. terap. anat. pat. farmac. i farmakologii 396; z położnictwa i chorób kobiecych 43, z chirurgii 144, z okulistyki 34, z med. sąd. psych. toks. 82, z higieny publ. i pryw. 515, wreszcie z weterynaryi 31.

b) Gdyśmy następnie przystąpili do przejrzenia wyraz po wyrazie dawnego słownika Drów Skobla i Kremera, porównywaliśmy ustawicznie tenże z niemiecko-polskim słownikiem wyrazów lekarskich, wydanym przez Proff. Drów Majera i Skobla w r 1842 w Krakowie, jakoteż z glossarium wyrazów lekarskich niemieckich, umieszczoném na końcu słownika Littrégo i Robina (str. 1781 — 1810).

Tym sposobem przeszedłszy piérwsze sześć liter alfabetu t. j od A do F, uzupełniliśmy słownik 816 wyrazami lékarskiemi, a mianowicie z działu Hist. Nat. 37, Chem. i Fiz. 52, Anat i Fizyol. 186, Patol. 320, Chir. 98, Gin. 15, Okul. 33, Med. Sąd. 23, Hygien. 37, Weter. 15.

Co do 2go.

Przeglądając, jak dopiéro co nadmieniłem, litery od A do F słownika Drów Skobla i Kremera, staraliśmy się, celem zmniejszenia jego objętości bez ujmy pod względem wartości, opuścić wyrazy mniéj potrzebne lub przestarzałe Tym sposobem:

a) Odrzucono całkiem 346 wyrazów łacińskich nie mających bezpośredniéj styczności z rzeczami lékarskiemi;

b) W przekładzie 415 wyrazów łacińskich opuszczono także tłumaczenia polskie, które tyczyły się znaczenia, czyto piérwotnego, czyto pochodnego, niemającego związku z nauką i sztuką lékarską;

c) Nareszcie w 162 wyrazach odrzucono przekłady zdaniem komisyi mniéj stosowne.

Co do 3go.

Pod względem ostatecznego przeglądania pojedynczych działów specyjalnych słownika, mogliśmy dotychczas zaledwo mały uczynić początek, a mianowicie:

a) Z udziałem JMPana Gędłka, nauczyciela gimnastyki w straży ogniowéj Krakowskiéj, w 2ch posiedzeniach, przeszliśmy 526 wyrazów, obejmujących całość gimnastyki;

b) Prof. Dr. Kuczyński udzielił nam łaskawie swych uwag co do 40 wyrazów z zakresu fizyki, objętych literami A, B i C słownika.

Rok temu zdając sprawę z czynności komisyi terminologicznéj, wyraziliśmy nadzieję, że pracę nad przygotowaniem 2giéj edycyi słownika będziemy mogli w ciągu r. 1878 ukończyć. Tym czasem, jak to nieraz w podobnych przypadkach bywa, obszar pracy tak wzrastał w miarę jéj posuwania się, iż pomimo tego, że w roku ubiegłym odbyliśmy trzy razy tyle posiedzeń co w r. 1877, zaledwie około Sgo Jana roku przyszłego możemy się spodziéwać ukończenia dzieła, jeżeli nieprzewidziane nie zajdą przeszkody.

Nakoniec, co się tyczy udziału ze strony członków z po za komisyi, to w roku ubiegłym, nadesłali nam zapytania i uwagi: Dr. Jerzykowski z Poznania co do 7 wyrazów i Dr. Swiérz ze Skawiny co do 22 wyazów; a Prof. Dr. Rydel na jedném z posiedzeń komisyi osobiście wniósł bardzo cenne uwagi i pomysły, co do 65 wyra-

zów, głównie z zakresu okulistyki; [1]) z łaskawéj zaś obiecanéj pomocy i światłéj rady Prezesa Akademii Umiejętności Prof. Dr. J. Majera, korzystać będziemy dopiéro w roku przyszłym co do pojedynczych działów naukowych, już przejrzanych z udziałem specyjalistów.

Kraków dnia 30 grudnia 1878 r.

Dr. Janikowski,
Sekretarz Komisyi terminolog.

VII.

Sprawozdanie Delegata Tow. lék. krakow.

z czynności Komisyi sanitarnéj krakowskiéj w roku 1878.

Nauczeni doświadczeniem lat poprzednich, z czego okazuje się, że Komisyja sanitarna krakowska w czynnościach swych potrzebuje pewnego bodźca i popędu: członkowie téjże do Tow. lék. należący, a niezwiązani urzędowém względem Magistratu stanowiskiem, schodzili się w roku ubiegłym od czasu do czasu na poufne posiedzenia, na których, trzymając się zasady: „gutta cavat lapidem“, układano plan wniosków, uwag i interpelacyj, i rozdawano role do téj niekrwawéj walki przeciwko biernemu oporowi Magistratu i Rady miejskiéj. Najwięcéj z tego powodu zajęcia pod względem czynienia wniosków, interpelacyj przewodniczącego i wypracowywania projektów spadło na Kol. Korczyńskiego, Lutostańskiego i podpisanego które z nich i o ile były skutecznémi, to dopiéro czas okaże.

Z zaległości roku poprzedniego Doc. Dr. K. Grabowski przedstawił wnioski, co do uzdrowotnienia aresztów miéjskich i tenże wnosił referat, co do żądania założenia apteki na Kleparzu. Prof. Dr. Korczyński wniósł bardzo słuszne żądanie, aby Rada Miejska przeznaczyła w budżecie roku przyszłego 500 zlr. na koszt rozbiorów chemicznych w celach sanitarnych przedsiębrać się mających; na wniosek tegoż wyznaczona była Komisyja mająca się zająć projektem uzdrowotnienia przedmieścia Wesołéj, Wielopola i t. d., czynności z któréj to Komisyi zdał sprawę Dr. Buszek. Podobnie jak w roku poprzednim epidemija duru plamistego, tak w tym roku epidemija duru powrotnego stosunkowo najczęściéj była przedmiotem zajęć komisyi: oprócz sprawozdań liczebnych o ruchu epidemii zbiéranych przez Dra Rybczyńskiego, najważniéjsze w téj mierze były uwagi i wnioski złożone na piśmie przez Dra Lutostańskiego. Tenże pracował także w ciągu całego lata i jesieni nad poszukiwaniem źródeł do przyszłych wodociągów przydać się mających, a to po sprawozdaniu Prof. Stopczańskiego z rozbioru wód Czatkowickich, z którego to rozbioru okazało się, że wody te nie nadają się do wspomnionego celu.

Podpisanemu, delegatowi Tow. przypadły w udziale wypracowania o następujących przedmiotach: 1. sprawozdanie Komisyi, która na wniosek Prof. Korczyńskiego proponowała środki tyczące się poprawy pod względem szczepienia ospy ochronnéj w mieście naszém (do Komisyi należeli nadto Koledzy Dr. Buszek i Prof. Jakubowski) 2. Instrukcyja tycząca się rzeźni miejskiéj, ułożona w imieniu Komisyi złożonéj z Dr. Lutostańskiego, weter. miej. Paculy i sprawozdawcy. 3. Wnioski tyczące się ogrzewalni (Kol. Pareński, Rybczyński i Warschauer). 4. Gdy na wniosek Prof. Korczyńskiego, Komisyja sanitarna delegowała stale jednego członka do udzielania opinii w sprawach budowlano-higijenicznych, w których Magistrat uzna za stósowne zasięgnąć zdania Komisyi, — niżéj podpisany z tego tytułu wypracował opinije o 2ch budujących się piekarniach i o składzie na naftę. 5. Prócz tego z własnéj pobudki niżéj podpisany przedstawił: *a*) projekt przepisów porządku ulicznego mających styczność z wykonywaniem budowli; *b*) wzór pytań do rewizyi sanitarnéj miasta; *c*) projekt regulaminu porządku domowego. 6. Nareszcie, na wniosek podpisanego Komisyja, do któréj należeli nadto Dr. Lutostański i Dr. Buszek, a w któréj sprawozdawcą był ten ostatni, proponowała niektóre środki pod względem ulepszenia na rok przyszły statystyki urodzeń i śmiertelności w mieście naszém.

Jeżeli teraz zapytamy się, jakie są skutki prac Komisyi, to otwarcie przyznać musimy, że nie są wielkie, a rozmaite są tego powody:

1. Przedewszystkiém nie ulega wątpliwości, że czynność Komisyi rozbija się nieraz o pewną obojętność i niedowierzanie Rady Miejskiéj, jakoteż o opór bierny ze strony Magistratu, a osobliwie ze strony urzędu budownictwa miéjskiego. Rażącym tego przykładem było w r. 1877 nieuwzględnienie uwag Komisyi sanitarnéj do projektu ustawy budowniczéj; rażącym lubo drobnym przykładem jest nieszczęsna sprawa wychodka publicznego przy ulicy Poselskiéj, którego pomimo nalegań od 2ch lat doczekać się nie możemy; ciekawym także przykładem jest owo zdarzenie, gdzie w 17 miesięcy po wniosku uczynionym przez Komisyją, aby zasypać doły bagniste za ulicą Garncarską i Wygodą położone, budownictwo zapytywało, gdzie owe doły bagniste na „Błoniach“ mają się znajdować?

Niezbyt też łaskawie obszedł się w roku bieżącym Magistrat i którąś z sekcyj Rady Miéjskiéj z projektem naszym instrukcyi tyczącéj się rzeźni miejskiéj.

2. Wiele najważniéjszych wniosków Komisyi sanitarnéj zapewne jeszcze nieraz rozbijać się będzie o kwestyję finansową np. uzdrowotnienie miasta przez kanalizacyję i wodociągi. Na te jednak podobnie jak na zawady dopiéro co wymienione nie widzimy innéj rady, jak tylko wytrwale i bez ustanku daléj kołatać w sprawozdaniach i interpelacyjach i t. d. albowiem „gutta cavat lapidem“.

Nie podzielam zatém w tym względzie przesadnego pesymizmu niektórych członków Komisyi, w skutek którego Kol. Blumenstok żądał, ażeby na jedném z posiedzeń było postawione pytanie: czy Komisyja sanitarna w ogóle ma istnieć daléj, czy też się rozwiązać?

3. Niemałém poparciem dla Komisyi sanitarnéj byłoby, gdyby lékarze w mieście naszém praktykujący zechcieli jéj dopomagać z własnéj ochoty, — jużto donosząc jéj o szkodliwościach zdrowotnych, jużto spełniając w swym zakresie działania jéj zarządzenia. Tym czasem rzecz się ma przeciwnie, jak tego między innémi mamy przykład na małym skutku okólników Magistratu wydanych z natchnienia Komisyi sanitarnéj a dążących do zaprowadzenia statystyki chorobliwości przez obowiązkowe ze strony lékarzy prywatnych doniesienia o osobach zapadających na choroby zaraźliwe. W téj mierze sądzę, że Tow. lék. krak. powinnoby stosowną odezwą zachęcić swych członków do spełniania obowiązku zarówno lékarskiego jak obywatelskiego.

4. Nareszcie wobec stosunków dotychczas wzmiankowanych, nie można się dziwić, że i gorliwość samych członków Komisyi sanitarnéj czasami wolnieje, napotykając, na różne przeszkody. Z tego powodu np. jeszcze nie było wniesioną na porządek dzienny Komisyi instrukcyja dla służby publiczno-lékarskiéj miéjskiéj — rzecz nader pożądana a już podobno wygotowana. Z tego także powodu nie doczekaliśmy się jeszcze w tym roku sprawozdania z 2letnich czynności Komisyi, lubo część tegóż obejmującą statystykę śmiertelności m. Krakowa już wypracował Dr. Buszek.

Ostatecznie więc pomimo wyliczonych niedostatków, mamy przekonanie, że nie tylko godzi się, ale nawet koniecznie należy popiérać daléj usiłowania Komisyi sanitarnéj, i że prace jéj przy ciągłéj i wytrwałéj gorliwości jéj członków pokonywając stopniowo zawady wyżéj wzmiankowane, przyniosą z czasem dla poprawy zdrowotnéj miasta, co raz obfitsze owoce.

Kraków dnia 31 grudnia 1878 roku.

Dr. Janikowski,
Delegat Tow. lek. krak. do Komisyi sanit.

---

[1]) Z kilkudziesięciu uwag i wniosków, co do wyrazów z zakresu chirurgii nadesłanych nam przez Dra Obalińskiego nie zdążyliśmy już w tym roku skorzystać; szczegółowa zatém o nich wiadomość należeć będzie do sprawozdania przyszłorocznego.

VIII.

Sprawozdanie

Komisyi stałéj, zawiązanéj w celu popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych z czynności w roku 1878.

Towarzystwo lekarskie krakowskie uwzględniając, że corocznie znaczne kwoty pieniężne wychodzą za granicę kraju, na zakupno środków lekarskich tak zwanych specyjalnych, które po większéj części znanego składu chemicznego, nawet przez lekarzy często bywają zalecanemi; a też same środki równie dobrze a o wiele taniéj przez naszych aptekarzy i chemików mogą być wyrabiane; na posiedzeniu z d. 3 kwietnia 1878 r. wybrało komisyją złożoną z 5 członków (Gralewskiego, Kwaśnickiego, Lutostańskiego, Sciborowskiego i Trauczyńskiego) i téj poleciło zastanawianie się nad sposobami, jakiemi Towarzystwo lekarskie mogłoby poprzeć przemysł, o którym mowa.

Wybrana Komisyja zebrawszy się trzykrotnie, skreśliła wnioski, które przedstawiła na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego w dd. 15 maja i 5 Czerwca 1878 r. Wnioski te w streszczeniu są następujące:

1. Należy zawiązać Komisyją stałą, z prawami takiemi samemi, jakie służą innym Komisyjom stałym w Tow. lék. istniejącym.
2. Komisyja ta ma być samodzielną i miéć prawo rozstrzygania kwestyj w zakresie sobie poruczonym.
3. W tym celu Komisyja dotychczasowa ma się wzmocnić przez przybranie do swego grona Naczelników klinik uniwersyteckich i oddziałów szpitalnych, lekarzy specyjalistów w różnych gałęziach nauki lekarskiéj, także chemika zawodowego, aby robić badania i doświadczeniach z przedstawionemi sobie przetworami i wyrobami.
4. Komisyja wnosi, aby na przyszłość leki specyjalne znanego składu, wyrabiane były w kraju, a to już z tego powodu, że skład ich znany lekarzom, może być przez nich kontrolowany, a w miarę potrzeby pod pewnemi względami zmieniany. W tym celu Komisyja przyjęła wykaz leków specyjalnych najwięcéj używanych, ułożony przez zgromadzenie aptekarskie miéjscowe, z zastrzeżeniem, aby ceny wyrobów krajowych ile możności były niższe, niżeli takichże wyrobów z zagranicy sprowadzanych.
5. Komisyja wnosi, aby popieranie przemysłu krajowego rozciągnąć do narzędzi i innych wyrobów chirurgicznych i lekarskich, przyrządów ortopedycznych i t. p. Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu d. 5 czerwca 1878 r. wnioski przedstawione przyjąwszy, stałą Komisyję, z któréj zdajemy sprawę, zawiązało.

Z powodu nadchodzących feryj letnich, czynności jéj rozpoczęły się dopiéro w miesiącu październiku. Komisyja zebrawszy się d. 26/10 r. 1878, ułożyła Regulamin czynności swoich, oraz Odezwę do aptekarzy, chemików i przemysłowców krajowych, zajmujących się wyrabianiem przedmiotów mogących służyć do celów leczniczych.

Tak regulamin jak i odezwa przyjętemi zostały na posiedzeniu Towarzystwa d. 6 listopada 1878 r., a Odezwa wydrukowana w Nrze 46 Przeglądu lekarskiego z d. 16 listopada i w osobnych odbitkach komu należało rozesłaną została.

Do tego czasu przedstawili Komisyi narzędzia chirurgiczne i położnicze, starannie odrobione, nie ustępujące w niczem zagranicznym, dwaj fabrykanci miéjscowi pp. Gruhl i Witoszyński; wyroby piérwszego odznaczają się jeszcze nader przystępną ceną, — oraz p. Józef Trauczyński właściciel apteki, członek Komisyi przedstawił sześć przetworów aptecznych własnego wyrobu, które oddano do zbadania i ocenienia członkom Komisyi — wkrótce spodziewamy się ich sprawozdania.

Kraków d. 31 grudnia 1878 r.

Dr. Ściborowski.
przewodniczący Komisyi.

Skład Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

w dniu 31 Grudnia 1878 r.

I.

Prezes: Dr. Stanisław Domański, Docent w Uniw. Jag.
Wiceprezes: Dr. Aleksander Zarewicz.
Sekretarz stały: Dr. Stanisław Pareński, Docent w Uniw. Jag.
Podskarbi: Dr. Alfred Obaliński.
Bibliotekarz: Dr. Stanisław Janikowski, Prof. w Uniw. Jag.
Sekretarz doroczny: Dr. Feliks Skórkowski.

II.

Komisya balneologiczna.

Przewodniczący: Dr. Edward Korczyński, Prof. Uniw. Jag.
Zastępca przewod: Dr Gustaw Piotrowski, Prf. Uniw. Jag.
Sekretarz: Dr. Bolesław Lutostański.
Bibliotekarz: Dr. Bolesław Skórczewski.

Członkowie wydziału: Dr. Izydor Kopernicki.
Dr. Wład. Ściborowski.
Dr. Ferdynand Weigel.
Dr. Teofil Żebrawski inżynier.
Dr. Michał Zieleniewski.

Członkowie:

a) zwyczajni

Dr. A. Biesiadecki, c. k. protomedyk we Lwowie.
Dr. J. Blatteis, lekarz zdrojowy w Krynicy.
Dr. H. Blumenfeld w Badenie pod Wiedniem.
Dr. J. Buszek w Krakowie.
Dr. W. Bylicki we Lwowie.
Dr. E. Czyrniański Prof. Uniw. Jagiel. w Krakowie.
Dr. A. Czyżewicz Prof. we Lwowie.
Dr. M. Dembowski w Lisku.
Dr. K. Dębicki, lekarz zdrojowy w Iwoniczu.
Dr. M. Dobrowolski, lekarz zdrojowy w Krynicy.
Dr. S. Domański Doc. Uniw. Jagiel. w Krakowie.
Dr. J. Drobner w Krakowie.
Dr. Z. Dzikowski w Kałuszu, w lecie w Morszynie.
Dr. L. Ganczarski w Zakopaném.
Dr. K. Grabowski Doc. Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dr. J. Harajewicz, Dyrektor Szpitali w Krakowie.
Dr. J. Hordyński, lekarz zdrojowy w Karlsbadzie.
Dr. S. Janikowski, Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. J. Jendl, lekarz salin w Drohobyczu.
Dr. H. Jordan w Krakowie.
Dr. M. Kaufman, lek. zakładu w Jaworzu na Szląsku.
Dr. A. Kremer w Krakowie.
Dr. W. Krongold w Krakowie.
Dr. A. Kwaśnicki w Krakowie.

Dr. Lustgarten w Krakowie.
Dr. E. Majewski w Krakowie.
Dr. A. Obaliński „
Dr. F. Obtułowicz w Turce.
Dr. S. Pareński Doc. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. T. Pawlas w Krakowie.
Dr. J. Riedmüller „
Dr. H. Rychlicki w Jaworznie.
Dr. S. Skobel w Krakowie.
Dr. T. Szczepański lek. zdrojowy w Żegiestowie.
Dr. J. Szewczyk w Krakowie.
Dr. W. Tatarczuch lek. zdrojowy w Lubieniu.
Dr. O. Trembecki lek. zakładowy w Szczawnicy.
Dr. J. Warszauer w Krakowie.
Dr. L. Wiszniewski „
Dr. A. Zarewicz „
Dr. J. Zduń lek. zdrojowy w Krynicy.

b) nadzwyczajni:

Dr. A. Alth Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. E. Bandrowski Prof. Inst. techn. przemysł. w Krak.
Dr. Fr. Czerny Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. J. Grabowski Prof. Inst. techn. przemysł. w Krak.
Mag. B. Hoff Prof. szkoły realnéj w Jarosławiu.
W. Kaczmarski inżynier w Krakowie.
Dr. S. Kuczynski Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
W. Łatkiewicz inżynier w Krakowie.
K. Medveczky właściciel zdrojowiska w Żegiestowie.
Dr. M. Nowicki Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. K. Olszewski Prof. Uniw. Jag. „
T. Pryliński budowniczy w Krakowie.
Dr. B. Radziszewski Prof. Uniw. we Lwowie.
Dr. Rostafiński Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
T. Slawik chemik-technolog w Krakowie.
J. Stengel starszy komisarz górniczy w Krakowie.
Dr. A. Stopczański Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
K. Trochanowski Asystent kated. Chem. w Uniw. Jag.
J. Wachtel c. k. starosta górniczy w Krakowie.
Dr. D. Wierzbicki adjunkt obserw. astr. „
Hr. M. Załuski właściciel zdrojowiska w Iwoniczu.
K. Zaremba budowniczy w Krakowie.
L. Zieleniewski inżynier „
P. Zubrzycki właściciel zdrojowiska w Rabce.

III.

Komisyja higieniczna:

Przewodniczący: Dr. Bolesław Lutostański.
Zastępca przewod: Dr. M. Schmidt.
Sekretarz: Dr. Aleksander Rybczyński.

A. Członkowie zwyczajni:

Dr. J. Buszek w Krakowie.
Dr. M. Dembowski lek. pow. w Lisku.
Dr. M. Dobrowolski lek zdroj. w Krynicy.
Dr. S. Domański Doc. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. J. Drobner w Krakowie.
Dr. K. Grabowski Doc. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. J. Harajewicz Dyrektor szpitali „
Dr. S. Janikowski Prof. Uniw. Jag. „
Dr. J. Jodłowski w Krakowie.
Dr. H. Jordan „
Dr. E. Korczyński Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. H. Kadyi Doc. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. A. Kremer w Krakowie.
Dr. A. Kwaśnicki „
Dr. Lustgarten w Krakowie.
Dr. A. Obaliński „
Dr. F. Obtułowicz lek. pow. w Turce.
Dr. J. Oettinger Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
Mag. J. Pacuła weterynarz miejski.
Dr. S. Pareński Doc. Uniw. Jag. „
Dr. T. Pawlas w Krakowie.
Dr. J. Riedmüller „
Dr. B. Skórczewski „
Dr. J. Szewczyk „
Dr. A. Wilkosz „
Dr. A. Zarewicz „
Dr. M. Żebrowski „
Dr. M. Zieleniewski „

B. Członkowie nadzwyczajni:

Eminowicz Naczelnik straży pożarnéj w Krakowie.
Dr. J. Grabowski Prof. Inst. techn. przem w Krakowie.
Mag. B. Hoff Prof. szkoły realnéj w Jarosławiu.
N. Jędrzejewski b. Zarządca szpitala św. Łazarza.
Dr. S. Kuczyński Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
A. Łuszczkiewicz inżynier w Krakowie.
Dr. M. Mohr fizyk miejski w Krakowie.
J. Moraczewski Dyrektor budownictwa w Krakowie.
Dr. K. Olszewski Prof. Uniw. Jag. w Krakowie.
Dr. J. Rostafiński Prof. Uniw. Jag. „
S. Ziembiński Dyr. Inst. przem. techn. „
Dr. M. Zyblikiewicz Prezydent m. Krakowa.

IV.

Komisyja redakcyjna Przeglądu lekarskiego:

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Leon Blumenstok, Prof. w Uniw. Jag.

Członkowie:

Dr. Alfred Obaliński.
Dr. Kazimierz Grabowski, Docent w Uniw. Jag.
Dr. Edward Korczyński, Prof. w Uniw. Jag.
Dr. August Kwaśnicki.
Dr. Aleksander Rybczyński.

V.

Komisyja terminologiczna:

Przewodniczący: Dr. A. Kremer.
Prof. Dr. J. Oettinger.
Sekretarz: Prof. Dr. S. Janikowski.

VI.

Komisyja sprawozdawcza do roczników Virchowa i Hirscha:

Przewodniczący: Dr. Józef Oettinger Prof. w Uniw Jag.
Zastępca przewodniczącego: Dr. Leon Blumenstok, Prof. w Uniw. Jag.
Sekretarz: Dr. Emanuel Machek.

Członkowie:

Dr. T. Browicz.
Dr. S. Domański.
Dr. K. Grabowski.
Dr. S. Janikowski.
Dr. H. Kadyi.
Dr. E. Korczyński.
Dr. A. Kwaśnicki.
Dr. A. Mars.
Dr. A. Obaliński.
Dr. L. Wiszniewski.
J. Pacuła.
Dr. G. Piotrowski.
Dr. W. Ściborowski.
Dr. S. Skobel.
Dr. B. Skórczewski.
Dr. A. Wilkosz.

VII.

Komisyja dla popierania przemysłu krajowego w zastosowaniu do celów lekarskich.

Przewodniczący: Dr. W. Ściborowski.
Zast. przewod: Mag. F. Gralewski.
Sekretarz: Dr. B. Lutostański.

Członkowie:

Dr. J. Buszek.
Dr. S. Domański.
Dr. K. Goebel.
Dr. M. Jakubowski.
Dr. E. Korczyński.
Dr. A. Kwaśnicki.
Dr. M. Madurowicz.
Dr. A. Obaliński.
Dr. J. Oettinger.
Dr. K. Olszewski.
Dr. S. Pareński.
Dr. L. Rydel.
Mag. J. Trauczyński.
Dr. A. Zarewicz.

Spis członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

a) Honorowych.

Dr. Adamowicz Adam w Wilnie.
Dr. Biesiadecki Alfred we Lwowie.
Dr. Brodowicz Józef w Krakowie.
Dr. Kozubowski Antoni w Krakowie.
Dr. Majer Józef w Krakowie.

b) Czynnych.

Dr. Blatteis Jakób *w lecie w Krynicy.*
Dr. Blumenstok Leon.
Dr. Braunstein Fryderyk.
Dr. Browicz Tadeusz.
Dr. Bulikowski Franciszek
Dr. Buszek Jan.
Mag. Chir. Czulik Deodat.
Dr. Danek Franciszek.
Dr. Dobrowolski Marceli.
Dr. Domański Stanisław.
Dr. Drobner Jakób.
Dr. Goebel Karol.
Dr. Grabowski Kazimierz.
Mar. Far. Gralewski Fort:
Dr. Harajewicz Jan.
Dr. Jakubowski Maciej Leon
Dr. Janikowski Stanisław.
Dr. Jaszczurowski Józef.
Dr. Jodłowski Jan.
Dr. Jordan Henryk.
Dr. Kadyi Henryk.
Dr. Kirschner Adolf.
Dr. Kopernicki Izydor. *w lecie w Rabce.*
Dr. Korczyński Edward.
Dr. Kralczyński Kazimierz
Dr. Kramarzyński Karol.
Dr. Kremer Aleksander.
Dr. Krongold Wilchelm.
Dr. Kwaśnicki August.
Dr. Lustgarten Ludwik.
Dr. Machek Emanuel.
Dr. Madurowicz Maurycy.
Dr. Majewski Erazm.
Dr. Mączka Tomasz.
Dr. Mars Antoni.
Dr. Murdzieński Francisz.
Dr. Obaliński Alfred.
Dr. Oettinger Józef.
Mag. Wet. Pacuła Jędrzéj.
Dr. Pareński Stanisław.
Dr. Paszkowski Stanisław.
Dr. Pawlas Teodor.
Dr. Pieniążek Przemysław.
Dr. Piotrowski Gustaw.
Dr. Ponikło Stanisław.
Dr. Riedmüller Józef.
Dr. Rybczyński Aleksand.
Dr. Rosner Jan.
Dr. Rydel Lucyjan.
Dr. Sciborowski Władys. *w lecie w Szczawnicy.*
Dr. Skobel Stanisław.
Dr. Skórczewski Bolesław *w lecie w Krynicy.*
Dr. Skórkowski Feliks.
Dr. Stępiński Bogumił.
Dr. Strzechowski Wilchel.
Dr. Szewczyk Józef.
Mag. Farm. Trauczyński J.
Dr. Warschauer Jonatan.
Dr. Wasylewski Tytus.
Dr. Wilkosz Aleksander.
Dr. Wiszniewski Ludwik.
Dr. Zaręba Tomasz.
Dr. Zarewicz Aleksander.
Dr. Żebrowski Maurycy.
Dr. Żelazowski Wiktor.
Dr. Zieleniewski Michał *w lecie w Krynicy.*
Dr. Ziembiński Jan.
Dr. Żuławski Karol.

c) Korespondentów.

Dr. Baraniecki Adryan w Krakowie.
Dr. Barzycki Józef w Rzeszowie.
Dr. Berggrün Alfred w Żydaczowie.
Dr. Biegelmeyer Alfred w Samborze.
Dr. Blumenfeld Henryk w Badenie pod Wiedniem:
Dr. Broniowski Antoni w Sokalu.
Dr. Brudziński w Mikulińcach.
Dr. Bulikowski Stanisław we Lwowie.
Dr. Bylicki Władysław we Lwowie.
Dr. Cassina Ferdynand w Przemyślu.
Dr. Chrzanowski Włodzimierz w Ostrowie.
Dr. Cięglewicz Stanisław w Jaśle.
Dr. Coghen Antoni w Busku.
Dr. Ćwiklicer Ludwik w Podhajcach.
Dr. Czerwiakowski Feliks w Gleichenbergu *w zimie w Meranie.*
Dr. Czesnak Julijan we Lwowie.
Dr. Czyżewicz Adam we Lwowie.
Dr. Czyżewicz Władysław w Wadowicach.
Dr. Dalkiewicz Julijan w Tarnowie.
Dr. Danielski Jan w Alwerni.
Dr. Dębicki Karol w Warszawie.
Dr. Dębicki Klemens we Lwowie.
Dr. Dembowski Mieczysław w Lisku.
Dr. Długołęcki Ferdynand w Kętach.
Dr. Dobieszewski Zygmunt w Marienbadzie *w zimie w Warszawie.*
Dr. Dobiński Włodzimierz we Lwowie.
Dr. Dobrski Konrad w Warszawie.
Dr. Dorożyński Jakób w Podhajcach.
Dr. Dubanowicz Jan we Lwowie.
Dr. Dukiet Jan w Rymanowie.
Dr. Dziembowski Józef w Muszynie.
Dr. Dzikowski Zygmunt w Kałuszu.
Dr. Feigel Longin we Lwowie.
Dr. Filewicz Jan w Kolbuszowy.
Dr. Florkiewicz Władysław w Koniecpolu.
Dr. Friedberg Adolf w Jaworowie.
Dr. Gałęzowski Ksawery w Paryżu.
Dr. Galusiński Antoni w Ottyni.
Dr. Ganczarski Ludwik w Zakopaném.
Dr. Gawełkiewicz Leopold w Starym Sączu.
Dr. Gawlik Jan w Suchéj.
Dr- Gawroński Ksawery w Pińczowie.
Dr. Głogowski Feliks w Lublinie.

Dr. Goldhaber Adolf w Mielcu.
Dr. Górski Adolf w Jarosławiu.
Dr. Grünhaut Bernard w Lisku.
Dr. Gumplowicz Maxymilian w Wiedniu.
Dr. Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie.
Dr, Hordyński Joachim w Karlsbadzie.
Dr. Humiecki Modest w Krośnie.
Dr. Jabłoński Stanisław w Rzeszowie.
Dr. Jakubowski Adam w Grybowie.
Dr. Janowski Ignacy w Skałacie.
Dr. Januszkiewicz Żegota w Pilźnie.
Dr. Jendl Ignacy w Drohobyczy.
Dr. Józefczyk Bolesław w Śniatynie.
Dr. Jurasz Antoni w Heidelbergu.
Dr. Jurowicz Izydor w Jarosławiu.
Dr. Kaczyński Teodor w Brzostku.
Dr. Kadler Ludwik w Warszawie.
Dr. Kalisz Alfred w Tuchowie.
Dr. Kauffman Michał w Jaworzu.
Dr. Kawalerski Franciszek w Andrychowie.
Dr. Kijas Błażéj w Mielcu.
Dr. Kluczenko Bazyli w Storożyńcach.
Dr. Koller Bolesław w Strusowie.
Dr. Kołączkowski Józef w Nowym Sączu.
Dr. Kozłowski Emil we Lwowie.
Dr. Krajewski Feliks w Hrubieszowie.
Dr. Krajewski Władysław w Cieplicach czeskich.
Dr. Kramarzyński Mieczysław w Brzesku.
Dr. hr. Krasiński Hubert w Petersburgu.
Dr. Krobicki Tadeusz w Monasterzyskach.
Dr. Krówczyński Żegota we Lwowie.
Dr. Kruk Kazimierz w Limanowy.
Dr. Kryda Aleksander w Szczawnicy.
Dr. Krzykowski Maryjan w Łancucie.
Dr. Krzyształowicz Adam w Dolinie.
Dr. Lachowicz Zdzisław w Jaworowie.
Dr. Lachowicz Antoni w Berdyczowie.
Dr. Laskowski Zygmunt w Genewie.
Dr. Leniartek Jakób w Dębicy.
Dr. Lewandowski Józef w Tłuczani.
Dr. Lewandowski Zygmunt w Bochni.
Dr. Lic Henryk w Brzozowie.
Dr. Lisiński Ludwik w Rawie.
Dr. Lorentski Andrzéj w Radomyślu.
Dr. Lukas Adolf we Lwowie
Dr. Lutostański Bolesław w Krakowie.
Dr. Łodziński Włodzimierz w Myślenicach.
Dr. Łucki Julijan w Oświęcimie.
Dr. Macudziński Waleryjan w Jaśle.
Dr. Mach Sebastyjan w Kańczudze.
Dr. Malcz Mieczysław w Warszawie.
Dr. Malinowski Kasper w Dobczycach.
Dr. Marynowski Mieczysław w Dąbrowie.
Dr. Merunowicz Józef we Lwowie.
Dr. Metzger Jan w Tarnowie.
Dr. Męciński Karol w Przemyślu.
Dr. Mikucki Ksawery w Ternówce na Ukrainie.
Dr. Mroczkowski Zygmunt w Stanisławowie.
Dr. Munkiewicz Antoni w Rosławiu.
Dr. Najedło Feliks w Ustrzykach.
Dr. Natanson Ludwik w Warszawie.
Dr. Narkiewicz Jodko Witold w Warszawie.
Dr. Neumann Eugeniusz w Gorlicach.
Dr. Neugebauer Ludwik w Warszawie.
Dr. Nowakowski Ferdynand w Warszawie.
Dr. Nycz Wincenty w Białéj.
Dr. Obtułowicz Ferdynand w Turce.
Dr. Olpiński Julijan w Trembowli.
Dr. Opolski Wiktor we Lwowie.
Dr. Orłowski Franciszek w Warszawie.
Dr. Papieski Antoni w Stryju.
Dr. Pietrzycki Antoni w Kosowie.
Dr. Plech Marceli w Jarosławiu.
Dr. Pląskowski Romuald w Warszawie.
Dr. Pluciński Michał we Lwowie.
Dr. Podobiński Antoni w Wieliczce.
Dr. Portner Szymon w Warszawie.
Dr. Przeździecki Hipolit w Francensbadzie.
Dr. Przybylski Wacław w Nowym Sączu.
Dr. Radek Jan w Nadworny.
Dr. Rasp Henryk w Brzeżanach.
Dr. Rehan Leopold w Wołodarce.
Dr. Reifer Adolf w Dzikowie.
Dr. Rolle Józef w Kamieńcu.
Dr. Roth Alojzy w Bochni.
Dr. Roth Władysław w Staszowie.
Dr. Rothe Adolf w Warszawie.
Dr. Rudnicki Władysław w Żurawnie.
Dr. Rychlicki Hipolit w Jaworznie.
Dr. Rychlicki Władysław w Radymnie.
Dr. Rydygier Ludwik w Jenie.
Dr. Sakowicz Kazimierz w Białéj-Cerkwi.
Dr. Sakowski Piotr w Horodence.
Dr. Sawicki (Stella) Jan we Lwowie.
Dr. Schützer Salomon w Tarnowie.
Dr. Serkowski Bolesław w Stryju.
Dr. Silberstein Adolf
Dr. Skalski Władysław w Sanoku.
Dr. Skowroński Włodzimierz we Lwowie.
Dr. Sokołowski Alfred w Goerbersdorfie.
Dr. Stanko Wojciech w Drohobyczy.
Dr. Stroynowski Edward we Lwowie.
Dr. Strzelecki Antoni w Czerniowcach.
Dr. Studziński Józef w Sieniawie.
Dr. Świerz Tomasz w Skawinie.
Dr. Świrski Adam w Jaśle (w lecie w Iwoniczu).
Dr. Szalay Alojzy w Przemyślu.
Dr. Sticha Czesław w Warszawie.
Dr. Szczudło Jan w Żywcu.
Dr. Szeliga Roman w Tarnopolu.
Dr. Szczepański Tytus w Strzyżowie.
w lecie w Żegiestowie.
Dr. Szeparowicz Jan we Lwowie.
Dr. Sztencel Baruch w Żurawnie.
Dr. Tatarczuch Wład. w Komornie.
Dr. Trembecki Onufry w Nowym Sączu.
Dr. Tylka Wojciech w Niepołomicach.
Dr. Tyralski Włodzimierz w Zbarażu.
Dr. Ulanowski Józef w Lublinie.
Dr. Waligórski Albin w Przemyślanach.
Dr. Wągrowski Karol w Czortkowie.
Dr. Wehr Wiktor we Lwowie.
Dr. Wiktor Jan w Rozwadowie.
Dr. Witkowski Edward w Radomyślu.
Dr. Wolfram Adolf w Mościskach.
Dr Wroński Bartłomiéj w Gorlicach.
Dr. Wurst Adolf w Cieszanowie.
Dr. Wysocki Aleksander w Złoczowie.
Dr. Wyszatycki Franciszek w Mościskach.
Dr. Zabierowski Kazimierz w Żmigrodzie.
Dr. Załoziecki Włodzimierz w Czerniowcach.
Dr. Zapałowicz Antoni w Wadowicach.
Dr. Zarzycki Leon w Podkamieniu.
Dr. Zauderer Bernard w Wieliczce.
Dr. Zawadziński Stan. w Nowym Targu.
Dr. Zduń Józef w Lutowiskach.
Dr. Zengteller Julijan w Nowym Sączu.
Dr. Żmi nkowski Ludwik w Husiatynie.
Dr. Żuliński Tadeusz we Lwowie.

d) Przybranych.

Dr. Czyrniański Emilian w Krakowie.
Mag. Far. Hoff Bogdan w Jarosławiu.
Mag. Far. Siedlecki Adolf w Krakowie

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — w Drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 5 Stycznia 1878. № 1. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Podał Prof. Dr. **Korczyński**.

Przed kilkoma dziesiątkami lat czasopisma lekarskie przepełnione były obszernemi opisami przypadków chorobowych, w których zazwyczaj przedstawiano szczegółowo cały tok rozpoznania, z nużącą dokładnością opisywano z dnia na dzień przebieg choroby a zakończano opis obszernemi uwagami epikrytycznemi. W czasach obecnych zmniejszyła się liczba rozpraw kazuistycznych i zmienił się sposób pisania takowych, gdyż z postępem nauki zmieniło się zadanie i znaczenie kazuistyki.

W czasach, gdy badanie fizyczne chorych nie osięgało jeszcze znacznego stopnia wydoskonalenia i nie było jeszcze własnością wszystkich lekarzy, kazuistyka przyczyniała się wielce do udoskonalenia sposobów badania fizycznego i do zaznajomienia z takowém ogółu lekarzy. Przy braku wykończonych obrazów co do objawów i przebiegu chorób, pożądanym był każdy opis przypadku należycie zbadanego i postrzeganego, a z porównania zmian pośmiertnych z objawami zauważanemi za życia ustalały się ogólne prawidła rozpoznawcze. Kazuistyka była częstokroć pierwszym bodźcem do stawiania teoryj o istocie i przyczynach chorób, a lubo z pośród tego nawału hipotez i domysłów przeważna część znikła prędko z widowni niedoczekawszy się uznania i nie naznaczywszy nawet swego istnienia w historyi medycyny, pozostało jednak niemało szczegółów, które stwierdzone licznemi przypadkami stanowią część obecnéj naszéj wiedzy o istocie i przyczynach chorób. W miarę udoskonalenia sposobów badania i olbrzymich postępów anatomii patologicznéj zmniejszyło się pole dla kazuistyki; zmiany w narządach dla wielu chorób są obecnie już tak dokładnie znane, obrazy wielu chorób są już tak wykończone, że to co przed laty kilkunastu stanowiło cenny materyjał kazuistyczny, obecnie nie ma już bezpośredniéj wartości praktycznéj, i rychléj tylko służyć może jako materyjał do statystyki.

Zmienił się również prąd i kierunek naszéj wiedzy. Medycyna spółczesna zawdzięcza wprawdzie swe podwaliny i rozwój anatomii patologicznéj, i zawsze opierać i odnosić się musi do takowéj, jednakże gdy poprzednio panował w nauce wyłączny prawie kierunek anatomiczno-patologiczny, obecnie zaczyna się coraz bardziéj objawiać dążność bliższego poznania nietylko chorobowo zmienionych kształtów, ale i czynności szczególnych narządów w czasie choroby. Metody badania fizyjologicznego tak objawów saméj chorobie właściwych, jakoteż sztucznie drogą doświadczenia wywołanych, wraz z badaniem umiejętném działania leków posunęły znakomicie naprzód naukę lekarską i po dotychczasowych wynikach spodziewać się można na pewne, że kierunek fizyjologiczny stanie się dla patologii tak ważnym czynnikiem rozwoju, jakim jest dotąd jeszcze kierunek anatomiczny. Zwrot ten ku bliższemu poznaniu czynności chorego ustroju mniéj dotąd uwydatnić się może w kazuistyce, a wpływa na zmniejszenie się liczby takowéj, gdyż oderwane szczegóły z jednego przypadku nie mogą jeszcze budzić ogólnego zajęcia; że tylko jako przykład przytoczę badania nad zachowaniem się w rozmaitych chorobach śliny, soku żołądkowego, ilości krwi i jéj barwika.

Przy niezmiernym nawale rozpraw i prac ogólnych, omawiających ważne zagadnienia ogólne na podstawie bądźto licznych obserwacyj i doświadczeń własnych lub cudzych, wielu lekarzy zaczyna spoglądać z niechęcią na kazuistykę, gdyż ta tyczy się zazwyczaj tylko jednego i to drobnego szczegółu, a nawet redakcyje czasopism lekarskich wolą zazwyczaj uwagi ogólne, aniżeli artykuły opisujące szczegółowe przypadki. Ztąd pochodzi, że autorowie licząc się z uspo-

sobieniem czytających zaniedbują kazuistyki niekiedy nawet tam, gdzie takowa zarówno a niekiedy jeszcze więcéj niż praca samodzielna rozjaśnić może ciemną dotąd sprawę chorobową, a jeżeli zamieszczą jeden lub drugi przypadek chorobowy, to jakby dla popisania się wiedzą przystrajają takowy tyloma różnorodnemi przykładami z literatury i odwoływaniem się do mniejszych lub większych powag literackich, że własne ziarno niknie pośród obcych częstokroć nie najlepiéj zestawionych i nie z piérwszéj ręki przejętych zdań i spostrzeżeń.

Mimo to śmiało twierdzę, że należyte opisywanie poszczególnych nawet przypadków chorobowych, byle tylko odpowiadało spółczesnemu stanowisku wiedzy, czyniło zadość ogólnym wymogom dla prac tego rodzaju i odpowiadało naprzód wytkniętemu celowi, jeszcze przez bardzo długi czas przynieść może nauce a pośrednio i praktyce lekarskiéj znakomite usługi.

Pomijając inne gałęzie nauk lekarskich, a uwzględniając jedynie tylko naukę o chorobach wewnętrznych, widzimy, że w ostatnich czasach wykryto i opisano bardzo wiele chorób zupełnie nieznanych naszym poprzednikom, że tylko dla przykładu wspomnę tężnicę (*tetania*), ogniskowe stwardnienie mózgu i rdzenia pacierzowego u dorosłych, niedokrewnicę złośliwą, postać szpikową bielicy, odmianę przerostową marskości wątroby i t. p. Objawy i przebieg tych chorób nie są jednakże jeszcze tak dokładnie poznane, ażeby każdy przypadek spostrzegany nie był dla nauki o tych chorobach wdzięcznym nabytkiem. Ale i w chorobach od dawna znanych zmieniają się z czasem zapatrywania i uwydatniają się nowe poglądy, które tylko bardzo licznym szeregiem spostrzeganych przypadków utrwalić lub obalić się dadzą, a jako przykład przytoczę tylko rozgłośną i na porządku dziennym stojącą sprawę lokalizacyi w mózgu, sporną dotąd sprawę co do przyrody zakaźnéj niektórych postaci zapaleń płuc, nieustalone dotąd zapatrywania co do odrębnych form klinicznych suchot płucowych i t. p. Cóż dopiéro powiedzieć o istocie czyli patogenezie chorób, téj najciemniejszéj części naszéj nauki? Na rozświecenie po więszéj części ciemnych dotąd manowców wiedzy w tym względzie składają się od tak dawna wszystkie pomocnicze nauki lekarskie, i przez długie jeszcze lata pomysły zaczerpane z poszczególnych przypadków będą miały pewną lubo względną tylko i chwilową wartość. Nauka o przyczynach chorób rozwinęła się w ostatnich czasach, gdzie więcéj na tę część lecznictwa zaczęto zwracać uwagi, między innemi także na podstawie odosobnionych spostrzeżeń kazuistycznych. Jako przykład przytoczę tylko bliższe poznanie szkodliwego wpływu rozmaitych rodzajów pyłu na choroby odetchów, bliższą świadomość przenośników jadu chorób zakaźnych, sposobu rozszérzania się chorób nagminnych, wzajemnego do siebie stosunku chorób zakaźnych i t. p. Śmiało twierdzić można, że wiele nowych szczegółów pod względem ajtyjologii wykryje nam z biegiem czasu skromna w swéj postaci kazuistyka lekarska.

Jakże często słyszeć można z ust ludzi mniéj rzeczy świadomych, że rozpoznanie chorób narządu oddechowego i narządu krążenia opiéra się obecnie już na tak trwałych i niezmiennych podstawach, że w dyjagnostyce takowych już nic więcéj ani ująć ani dodać się nie da. Przy bliższém zastanowieniu się zdanie to okaże się zupełnie mylném. Zaledwie nie z każdym rokiem przybywają nam nowe środki badania, że tylko wspomnę o pneumatometryi, stetografii, fonometryi, o ulepszonych narzędziach dla oznaczania ruchów serca i naczyń, ba nawet w niezachwianych na pozór prawidłach anskultacyi i perskusyi nastają zmiany, które, co ważna, po największéj części zawdzięczają swe powstanie opisom kazuistycznym. By nie uledz pod tym względem zarzutowi stronniczości wymienię tylko kilka nowszych spostrzeżeń i sposobów rozpoznawczych w dziedzinie chorób narządu oddechowego i krążenia, które z literatury kazuistycznéj przeszły już do dzieł, i albo już zupełnie nabrały praw obywatelstwa, lub takowego coraz bardziéj nabierają. Tu należą między innemi rozpoznanie jakości wypocin opłucnowych według przewodnictwa głosu szepczącego, stwierdzone najpierw przez Baccelego rozpoznawanie środkowych zgęszczeń miąższu płucowego za pomocą transsonancyi przez Zülzera wznowionéj, oznaczanie kształtu jam płucowych za pomocą zmiany w odgłosie wypukowym podane przez Gerhardta, rozpoznawanie modzelowatego zapalenia śródpiersia za pomocą tętna znikającego podczas wdechu (*pulsus paradoxus*), który to objaw zauważany najpiérw przez Griesingera a następnie Kussmaula, w ostatnich czasach został przez Baumlera i Graeffnera ograniczony co do znaczenia rozpoznawczego, daléj bliższe ocenienie znaczenia tętna naprzemiennego (*pulsus alternans*) dokonane sposobem kazuistycznym przez Riegla, Schreibera i Bardenhewera, rozpoznanie zrostów pozaosierdziowych za pomocą braku wydechowego nasilania się uderzenia serca, podane przez Riegla i Tuczka, o którego wartości dopiéro przyszłe spostrzeżenia orzekną. Szereg ten dałby się jeszcze znacznie powiększyć, gdyby dalsze dowodzenie miało być jeszcze potrzebném. — Tak samo prawie ma się rzecz i z leczeniem. Rzadko tylko lek jakiś nowy wszedł w ogólne użycie na podstawie obszernéj pracy, przedstawiającéj wielką liczbę spostrzeżeń i doświadczeń wykonanych na chorych, najczęściéj na podstawie doświadczeń wykonanych na zwierzętach lub na polecenie skuteczności stwierdzonéj w jednym lub drugim przypadku, które zachęciło innych do dalszych prób i badań. Powiedzieć to można o wielu nowszych lekach jak o pilokarpinie, kwasie salicylowym, azotanie amylowym, i t. p. które rychléj cieszyły się urywkowemi wzmiankami kazuistycznemi aniżeli obszerniejszemi sprawozdaniami i monografijami. Jest to zresztą zaletą, a jeżeli kto chce nazwać i wadą naszego wieku, że pośród ogólnego pospiechu rzadko kto trzyma się zasady *nonum premere in annum*, lecz pospiesza podzielić się ze swém spostrzeżeniem z szerszém kołem współpracowników, na czém wprawdzie cierpi częstokroć dokładność, lecz i na pospiechu zyskuje bezsprzecznie nauka.

Kazuistyka, jeżeli ma przynieść korzyść dla nauki powinna więc przyczynić się do bliższego poznania istoty choroby, lub też jéj przyczyn, cech rozpoznawczych, przebiegu lub leczenia. Ważném zadaniem kazuistyki jest daléj opisywanie tak zwanych rzadkich przypadków, chociażby takowe nie były unikatami. Rozszérza to także zakres wiedzy, chroni od jednostronnego zapatrywania się, a ze stanowiska ogólno przyrodniczego brane przywodzi nam w pamięć zasadę niestety tak często przez lekarzy lekceważoną, że jak nigdzie w przyrodzie nie ma ostro zakreślonych granic, tak samo i w nauce lekarskiéj istnieją podziały i prawidła po największéj części sztuczne. W miarę zresztą, jak gromadzi się coraz więcéj tak zwanych rzadkich przypadków, stają się one już przez to samo mniéj rzadkiemi, przestają być zjawiskiem wyjątkowém, wchodzą w pewne prawidła ogólne, lub rozszérzają zakres prawideł już istniejących. Wiele szczegółów dzisiejszéj już naszéj wiedzy byłoby mniéj znanych, gdyby je

nasi poprzednicy nie byli rozjaśnili kazuistyką właśnie tych dla siebie rzadkich przypadków.

Daleko obszerniejsze pole użyteczności ma kazuistyka ze względu na potrzeby lekarzy praktycznych, gdyż tu nie tyle zależy na posuwaniu naprzód nauki, ile na przystępném przedstawianiu obecnego jéj stanowiska i na częstém przypominaniu tych zagadnień, które obecnie stoją na porządku dziennym. Żaden traktat naukowy nie jest w stanie zadosyć uczynić tym względom, tak, jak opis kazuistyczny, do którego autor dołącza uwagi ogólne o sprawie, którą żywym przykładem objaśnia. Dla lekarza, który rozpoznając choroby i lecząc swych chorych nieraz pośród stosunków najmniéj korzystnych do badania i dalszéj obserwacyi, nie ma sposobności dostatecznego zużytkowania swego materyjału, należyta kazuistyka jest najlepszym środkiem wypełnienia luk w jego własném doświadczeniu i spostrzeżeniu. Jest to pogadanka koleżeńska, któréj wymagać mają prawo przeważnie lekarze, którym stosunki nie pozwalają obserwować chorych tak ściśle, jak to może mieć miejsce w szpitalach i klinikach, i przekonywać się naocznie za pomocą sekcyj o słuszności swych rozpoznań. Zdarza się prawie codziennie, że objawy pewnéj choroby są tak skąpe i tak łudzące, a przytém nie tylko jednéj chorobie właściwe, że omyłka w rozpoznaniu jest prawie nieuniknioną; również częste są przypadki, gdzie odgadnięcie związku przyczynowego między zboczeniami w poszczególnych narządach, i odróżnienie przyczyny od następstw napotyka za życia na nieprzełamane trudności. Lekarz nie mający sposobności stwierdzenia częstego tych stosunków za pomocą własnego doświadczenia na zwłokach, z nieuniknioną prawie koniecznością psychologiczną oddaje się złudzeniu o swych zasobach wiedzy rozpoznawczéj, złudzeniu, z którego wywieść go może tylko rzetelna kazuistyka nie przemilczająca także omyłek rozpoznawczych.

Opisy kazuistyczne są obok sprawozdań szpitalnych i wykazów chorobliwości i śmiertelności równie cennym materyjałem dla statystyki lekarskiéj. Lubo z opisów kazuistycznych samych przez się nie można wyprowadzać ogólnych wniosków o częstości pojawiania się pewnéj choroby, gdyż stanowią one pewną część nieznanéj całości, jednak wiele innych szczegółów osobliwie w zakresie patogenezy i ajtyjologii może być rozświeconych przez zestawienie dat w opisach kazuistycznych pewnéj choroby zawartych.

Ażeby kazuistyka odpowiadała któremukolwiek z powyższych celów, powinna być przedewszystkiém prawdziwą i rzetelną, czysto przedmiotową opartą na dokładnéj obserwacyi klinicznéj i podawać fakta w takiém ugrupowaniu i tak opisane, by nie rozrywać uwagi czytającego na rzeczy mniéj ważne i nie nużyć zbytnią rozwlekłością. W tego rodzaju kazuistykę obfitują dzieła angielskie i francuzkie, a w najnowszych czasach i niektóre niemieckie, a opisy przypadków chorobowych są najwymowniejszém poparciem zdań w dziele wypowiedzianych. Zaznaczywszy tylokrotnie kierunek doświadczalny w pracach wychodzących z kliniki lekarskiéj, przedstawię obszernie szereg spostrzeżeń klinicznych, chcąc z jednéj strony okazać, że uznaję także pożytek dobrze zrozumianéj kazuistyki i kierunku ściśle klinicznego, a z drugiéj strony zachęcić lekarzy do częstszego niż dotąd zamieszczania w naszych czasopismach lekarskich swych praktycznych spostrzeżeń.

I.

Tętniak tętnicy płucnéj w skutek zapalenia przewlekłego osierdzia. Niedokrewność znacznego stopnia. Skrobiawica narządów wewnętrznych przy rozroście tkanki śródmiąższowéj. Przyostre zapalenie miąższowe nérek. Śmierć z odmy piersiowéj skutkiem rozpadu zawału zatorowego (infarctus ex embolia) w płucu lewém.

W. G. lat 32 licząca, wdowa po urzędniku prywatnym, przyjęta w dniu 29 Maja 1877 r., nie podaje nic szczególnego o chorobach rodziców. Siostra miała umrzeć w 29 r. życia na suchoty płucowe. W dzieciectwie przebyła zimnicę i lekką ospę. Od czasu jedynego porodu, który odbyła w 18tym roku życia, cierpi na białe upławy. Przed 8miu laty pojawiły się po raz pierwszy przypady żołądkowe, które stopniowo coraz bardziéj się zwiększały. Polegały one na ciągłéj prawie bolesności w dołku podsercowym, która od czasu do czasu bez znanéj przyczyny dochodziła do znacznego stopnia, na utracie łaknienia, odbijaniu się i zaparciu stolca. Chora zmuszona pracować sama na swe utrzymanie pośród niekorzystnych warunków higijenicznych zauważała, że chudnie i coraz bardziéj podupada na siłach. Przed 3ma laty dołączył się do tych przypadłości ból w stawie kolanowym prawym, który pojawił się bez znanéj przyczyny, trwał kilka tygodni i połączony był z miernem obrzmieniem stawu. Wkrótce potém zaczęła chora doznawać kłócia w okolicy serca i bicia serca, które w początkach powtarzało się tylko przy silniejszych wzruszeniach umysłowych. Coraz bardziéj zwiększające się osłabienie, uporczywe bóle w dołku podsercowym, zupełny brak łaknienia, coraz częstsze napady bicia serca, duszność przy wykonywaniu ruchów obok dreszczów z następową gorączką, które w ostatnich trzech miesiącach występowały zrazu w torze trzeciaczkowym, a następnie bez ścisłego toru, skłoniły chorą po bezskutecznem leczeniu domowém do przybycia do kliniki lekarskiéj.

Badanie wykazało: Kobiéta wzrostu wysokiego, kościec słabo rozwinięty; błony śluzowe nadzwyczaj blade, skóra wiotka, bardzo blada, z lekkim odcieniem ziemistym; mięśnie bardzo wiotkie, zanikłe, podściółki tłuszczowéj brak zupełny. Szyja cienka i długa. Żyła szyjna zewnętrzna prawa faluje wyraźnie. Nad obydwiema żyłami szyjnemi wewnętrznemi bardzo głośne buczenie, które daje się także dokładnie wymacać. Klatka piersiowa długa, szeroka i płaska, mniéj się porusza po stronie lewéj tak z przodu jakoteż z tyłu. Wypuk po całéj stronie prawéj niższy i nieco mniéj pełny. Po nad grzebieniem łopatki prawéj wdech pęcherzykowy zaostrzony.

Skurczowe wypuklanie się widać w 4ym i 5ym przestworze międzyżebrowym na przestrzeni znaczniejszéj; przechodzi ono po za linię sutkową. Obmacanie wykazuje, że uderzenie serca jest dosyć silne w obudwu przestworach, jednakże silniejsze w przestworze 5tym. Nieco słabsze skurczowe uderzenie daje się spostrzedz i wymacać w dołku podsercowym. Stłumienie odgłosu w okolicy serca rozpoczyna się na górnym brzegu 4go żebra, ku stronie prawéj sięga do prawego brzegu mostka, ku stronie lewéj nieco po za linię sutkową, nieprzekraczając jednakże w 5tym przestworze granicy uderzenia serca. Dolna granica stłumienia serca nie daje się wypukiem oznaczyć z powodu schodzącego się w tém miejscu stłumienia wątroby i śledziony; pociągnąwszy jednakże według wysokości ustawienia przepony po stronie prawéj linię domyślną na stronę lewą i oznaczywszy rozmiary stłumienia po nad takową, otrzymujemy kształt stłumienia zbliżony do elipsy, któréj oś długa leży wprawdzie

na poprzek, jednak nie zupełnie poziomo, gdyż zwraca się nieco na lewo ku dołowi. Stłumienie względne występuje w nieco większym rozmiarze, a różnica w odległości stłumienia bezwzględnego od względnego jest wszędzie jednakowa, tylko nad mostkiem stłumienie względne okazuje nieco większą rozległość. Przysłuch wykazuje w miejscu uderzenia koniuszkowego słaby dmuchający szmer skurczowy, który idąc ku podstawie serca staje się wyraźniejszy. Oddalając się jednak nieco ku dołowi i na zewnątrz od uderzenia koniuszkowego słychać dokładnie dwa tony, z których pierwszy jest rozlany, drugi zaostrzony. Nad komórką prawą dwa czyste tony. Nad tętnicą główną ton skurczowy połączony z dmuchającym szmerem i dźwięczny ton rozkurczowy. Nad tętnicą płucną szmer skurczowy i ton rozkurczowy dźwięczniejszy niż nad tętnicą główną. Bliższe badanie miejsc największego nasilenia (*maximum intensitatis*) szmerów wykazuje, że szmer skurczowy jest najsilniejszy nad tętnicą płucną, słabszy nad uderzeniem koniuszkowém, a najsłabszy nad tętnicą główną. Obok tego słychać przy uczepieniu chrząstki 4go prawego żebra do mostka szmer trący, przeciągający się po za skurcz serca, który wzmagał się przy silniejszém ugnieceniu słuchawką, a słabł, gdy chora usiadła. Nadto jeszcze słychać na brzegu mostka po obudwu stronach po nad uczepieniem chrząstek trzecich żeber i nad rękojeścią mostka szmer ciągły, buczący, tego samego rodzaju jak nad żyłami szyjnemi, tylko znacznie głośniejszy. Szmer ten występuje wyraźniéj po stronie lewéj aż ku uczepieniu mostkowemu obojczyka, i jest głośniejszy podczas wdechu.

Tętno, które uderza wszędzie jednocześnie, na tętnicy sprychowéj lewéj ledwie daje się namacać, na tętnicy głowowéj lewéj jest słabsze niż na prawéj, zaś tętno sprychowe prawe odnośnie do silnego uderzenia koniuszkowego serca jest dosyć małe i miękkie. Tętnica skroniowa prawa nieco wyraźniejsza, lekko wężykowata, lecz miękka.

Brzuch wiotki, mięśnie proste w górnéj części rozsunięte, podżebrze prawe bardziéj wyniosłe, w jamie brzusznéj mała ilość płynu wolnego. Wątroba, któréj brzeg górny ustawiony jest w miejscu prawidłowém, wymacać się daje brzegiem dolnym twardym i bolesnym na 5—6 cm. poniżéj łuku żebrowego aż ku podżebrzu lewemu w linii sutkowéj lewéj. Śledziona, któréj stłumienie rozpoczyna się od 9go żebra w linii pachowéj środkowéj sięga brzegiem grubym miernie bolesnym na 3 cm. niżéj łuku żebrowego a w linii poprzecznéj schodzi się stłumienie wątroby ze stłumieniem śledziony. Żołądek w wymiarze pionowym sięga blisko pępka i mieści w sobie mierną ilość płynu; obmacywanie okolicy takowego jest bolesne.

Mocz w skąpéj ilości, barwy winożółtéj, c. g. 1021, nie zawiéra żadnych ciał nieprawidłowych. Z prawidłowych uroksantyn i fosforany ziemne nieco zwiększone, urochrom nieco zmniejszony. W osadzie bardzo nie liczne kryształki szczawianu wapniowego. Macica ku przodowi przegięta, wargi maciczne sine, pokryte nielicznemi nadżerkami; z ujścia wydobywa się obfita ilość śluzu szklistego.

Staw kolanowy prawy ma być jeszcze teraz niekiedy bolesny.

Język tylko lekko obłożony. Tętno 84. Cieplota wieczór 37·6, rano 36·8° C. Ciężar ciała 45 kilgm. i 650 gm. Kaszlu nie ma. Częste bicie serca, duszność przy wykonywaniu ruchów, bardzo znaczne osłabienie, ogólna wrażliwość, zupełny brak łaknienia i ból w dołku podsercowym chwilami znacznie się wzmagający.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kilka słów o zmianach nérek w zapaleniu miąższowém ostrém.

Podał Dr. **Tadeusz Browicz**,
docent w uniwersytecie Jagiell.

Mianem zbiorowém choroby Brighta oznaczano nie tak jeszcze dawno cały szereg zmian nérek, zmian będących wynikiem różnorodnych spraw chorobowych. W miarę liczniejszych i dokładniejszych badań tak klinicznych jakoteż anatomicznych wyłączano następnie z szeregu tego zmiany wynikające z przekrwienia biernego, jakoteż zwyrodnień wstecznych i ograniczono miano to do zmian wyłącznie zapalnych.

Zdanie Rindfleischa jednak, wypowiedziane przed lat dziesiątkiem, iż anatomija patologiczna zmian zapalnych nérek mimo wielostronnych usiłowań stanowi najmniéj zaokrągloną całość, utrzymuje się niestety do téj pory w zupełności. Liczne bowiem szczegółowe prace w téj mierze przedsięwzięte nie doprowadziły jeszcze do stanowczych rezultatów, nie posiadamy jeszcze jednolitego obrazu zmian właściwych t. zw. chorobie Brighta. Główną przyczyną tego jest zdaniem mojém niezgodność, jaka dotychczas istnieje w zapatrywaniach na istotę sprawy zapalnéj w ogóle, a mianowicie co do udziału i zachowania elementów tkaninowych w zapaleniu. Ztąd pochodzi różnica w oznaczaniu zmian zapalnych w nérkach i podział badaczów na dwa odrębne niejako obozy.

Według jednych (jak Klebs, Kelsch) wyłącznem i pierwotnem siedliskiem zmian zapalnych jest tkanka łączna śródmiąższowa, międzycewkowa, zmiany zaś przybłonka są następowe jako wyraz niedostatecznego odżywiania, nekrobiozy. Badacze ci odróżniają więc tylko jednę formę zapalenia nérek, t. j. zapalenie śródmiąższowe.

Według drugich (jak Lecorché, Rosenstein i inni) istnieją także formy zapalenia nérek, w których zmiana przybłonka (w myśl zdania Virchowa o miąższowém zapaleniu w ogóle) jest pierwotną, istotną, tkanka łączna zaś śródmiąższowa albo wcale zmianom nie ulega albo też dopiéro w późniejszych okresach ulega rozrostowi; formę tę zaliczają badacze pierwszego obozu do zwykłych zwyrodnień. Celem niniejszego artykułu nie jest rozbiór krytyczny téj ważnéj kwestyi, który sobie zachowuję do czasu ogłoszenia szczegółowéj pracy o zmianach nérek, na teraz zaznaczam tylko, iż rzeczywiście istnieje forma miąższowego zapalenia nérek, prowadzącego niekiedy do bardzo znacznego zaniku tychże, badanie zaś mikroskopowe nie wykazuje wcale rozrostu tkanki łącznéj śródmiąższowéj.

W niniejszym artykule zamierzam przedstawić pokrótce zmiany nérek w zapaleniu miąższowém ostrém, a mianowicie zwrócić uwagę na niektóre szczegóły, których dotychczas nie uwzględniono dostatecznie.

Obraz makroskopowy, jaki nérki w zapaleniu miąższowém ostrém przedstawiają, bywa nader rozmaitym w miarę stopnia i okresu zapalenia. Między obrazem nérki zaledwie powiększonéj, któréj istota korowa szarawo-czerwona wypukla się cokolwiek po nad powierzchnię rozkroju, na któréj nadto postrzegamy drobniutkie, listewkowate przeważnie podłużne wyniosłości i liczne kropki ciemno-czerwone jako wyraz prze-

pełnionych i powiększonych kłębków Malpighiego, a między obrazem nêrki znacznie powiększonéj, któréj istota krwawa szêroka, blada, żółtawo-biała, miękka, odbija znacznie od ciemno-czerwonych piramid, napotykamy szereg obrazów będących wyrazem coraz rozleglejszych i znaczniejszych zmian. Rozmaitość obrazu makroskopowego zawisła, jak wszędzie w ogóle, od rozległości i stopnia zmian mikroskopowych, które (według mego dotychczasowego doświadczenia) w poszczególnych częściach składowych miąższu nêrkowego następujący obraz przedstawiają.

Przedewszystkiém zwracam uwagę na znaczną wielkość kłębków Malpighiego, jakiéj w innych formach zmian w nêrkach a mianowicie w przekrwieniu biernêm nie napotkałem. Kłębki naczyniowe, jak wspomniałem, znacznie powiększone wypełniają szczelnie torebkę. Pętli naczyniowych tworzących kłębek prawie dostrzedz nie można, cały kłębek wygląda jakby napęczniały. Po dodaniu kwasu octowego ilość uwydatniających się jąderek nie zawsze wydaje się zwiększoną. Zmianę wielkości kłębków najwybitniéj widzieć można w preparatach nêrek świeżych, nie stwardniałych. (W ogóle badanie tkanin świeżych niestwardniałych o ile jest w ogóle możebne, przedstawia wielorakie korzyści, jak to jeszcze poniżéj wykażę.) Zmiana powyższa w kłębkach, polegająca widocznie na znacznêm rozszerzeniu naczyń włosowatych kłębek tworzących, przywodzi na myśl podobne rozszerzenie naczyń włosowatych, jakie w częściach zwiérzęcych dostępnych badaniu doświadczalnemu w zapaleniu spostrzegamy, oraz możebność zmiany molekularnéj ścian tychże, jaką Cohnheim przypuszcza i udział znaczny kłębków w sprawie zapalnéj miąższu nêrkowego. Powiększenie kłębków widziałem jednakże w początkowych formach zapalenia. W nêrkach znacznie powiększonych, w których istocie korowéj znacznie zmienionéj wolnêm okiem owych kropek czerwonych będących wyrazem powiększonych kłębków dostrzedz nie można, kłębki Malpighiego nie przedstawiają powyższéj zmiany. Dalszą zmianą, jaką w miąższu nêrkowêm postrzegamy, jest zmiana przybłonka nadto dobrze znana. Przybłonek w cewkach krętych znacznie powiększony, napęczniały, zniekształcony, zziarniony, o jądrze niewyraźnêm, wypełnia tu i owdzie wnętrze cewki, albo téż rozpada się w drobnoziarnistą masę, w śród któréj tkwią wolne jądra rozpadłego przybłonka. Podobnąż zmianę widzieć można niekiedy w przybłonku pokrywającym kłębki jako téż wyściełającym wnętrze torebki ciałka Malpighiego. Gdzieniegdzie wypełniają wnętrze cewek komórki okrągłe, lekko ziarniste o jądrze pod wpływem kwasu octowego uwydatniającêm się, wielkości ciałek białych krwi. Pokładu przybłonkowego w tych cewkach nidy nie napotykałem. Obraz ten nie stały zresztą, znany jako forma nieżytowa zapalenia nêrek.

Prócz zmian przybłonka powyżéj przytoczonych, jakotéż wypociny skrzepłéj w kształcie znanych wałeczków w wielu cewkach zalegających, zmian stałe w każdym przypadku zapalenia ostrego napotykanych, znajdują się niekiedy mniéj lub więcéj rozległe wybroczyny, nadające miąższowi nêrkowemu już makroskopowo pstre wejrzenie. Krew wynaczyniona znajduje się głównie w cewkach moczowych nagromadzoną, niekiedy wśród torebki ciałka Malpighiego, w skutek czego kłębek bywa zgnieciony, albo téż pętle naczyniowe porozpychane, poodzielane bywają i tkwią jako jasne pasma wśród wybroczyny albo téż wreszcie krew wynaczyniona nagromadza się także i okala torebki ciałka, która nawet może być przedartą, przerwaną.

Tkanka łączna śródmiąższowa, międzycewkowa, którą niektórzy autorowie jako wyłączne pierwotne siedlisko zmian zapalnych podają, w badanych przezemnie przypadkach nie przedstawiała wcale tak znacznych zmian, o jakich ci autorowie wspominają. Znajdowałem rzeczywiście wśród niéj naciek komórkowy, ale tylko tu i owdzie w nieznacznych ilościach. W większych nieco ilościach tylko wśród nêrek znacznie powiększonych, odpowiadających późniejszemu okresowi zapalenia.

Oto są w krótkości przedstawione zmiany, jakie zazwyczaj w nêrkach w zapaleniu ostrêm napotykałem.

Przed niedawnym czasem nasunęły mi się dwa przypadki zapalenia nêrek ostrego u ludzi dorosłych, młodych, które przywiodły mi na pamięć obrazy, które już dawniéj spostrzegałem. Prócz zmian powyżéj opisanych znalazłem wśród ceweczek moczowych sieć cienkich włókienek, podobną do sieci włókienkowéj w zapaleniu płuc dławcowêm, w oczkach któréj tkwiły tu i owdzie komórki okrągłe, lekko ziarniste, wielkości ciałek bezbarwnych krwi. Sieć ta, w niektórych cewkach była bardzo gęstą, włókna jéj tu i owdzie podłużnie jakby w pęczki ułożone. Podobną sieć chociaż mniéj wybitną znajdowałem gdzieniegdzie pomiędzy kłębkiem a torebką ciałka Malpighiego. Sieć ta włókienkowa znajdowała się w bardzo licznych cewkach krętych wśród istoty korowéj, nie znalazłem jéj w cewkach prostych piramid. Przybłonek w cewkach, w których twory te tkwiły, był utrzymany, komórki poszczególne częścią powiększone, ziarniste jak w innych miejscach częścią gdzieniegdzie połyskujące, o jednostajnêm szklistêm wejrzeniu i jakby zlewające się ze sobą. Twory te włókienkowe znajdowały się już w preparatach z nêrek świeżych, niestwardniałych, nie mogą więc być uważane jako sztuczne.

Wypocina składana do wnętrza ceweczek moczowych może więc wyjątkowo nabrać postaci wypociny włóknikowéj, dławcowéj, jaką w innych miejscach w ustroju tak często napotykamy.

O podobnéj zmianie, zdaje mi się, mówi Virchow (*Archiv. t. IV. str. 318*), odróżniając formę dławcową zapalenia nêrek i porównywając ją z zapaleniem dławcowêm płuc.

III. Szczególny rodzaj przewlekłego zapalenia spojówki i rogówki czy też nowotwór złośliwy (gruźlica albo toczeń?). Wyłuszczenie gałki wraz z wycięciem spojówki powiekowéj.

Skréślił Dr. Alf. Ign. **Laskiewicz-Friedensfeld** we Wiedniu.

Przystępując do opisania tego przypadku, zamierzam nietylko uzupełnić kazuistykę rzadkich przypadków w polskiéj literaturze okulistycznéj, ale także zwrócić uwagę szan. Czytelników „Przeglądu Lekarskiego“ na sposób odróżnienia téj choroby od innych podobnych cierpień oka i na sposób postępowania i leczenia tak ciężkiéj choroby. Ponieważ chora, o któréj mówić będę, zapewnie żyje jeszcze w Galicyi, więc zasyłam zaraz na wstępie prośbę, aby szan. Koledzy, którzy chorą tę znają lub późniéj leczyć będą, zechcieli łaskawie podać o niéj przy sposobności dalszą wiadomość, uwzględniając dwa następujące pytania: 1) czy się odnowiły może guziczki lub wyrośle spojówki, czy w ogóle jakiekolwiek zaszły zmiany w oku operowanêm i jego okolicy; 2) czy nie ma u choréj oznak sprawy gruźliczéj w płucach. Przypadku

tego, prawdę powiedziawszy, na pewne rozpoznać nie zdołano, gdyż nawet i dotychczas zdania są jeszcze podzielone. Mylnie zrazu rozpoznano przybłoniak (*epithelioma*) spojówki; sądzono także, że sprawa ta należy do rzędu zapaleń spojówki śluzotokowych; wreszcie uważano ją za nowotwór złośliwy, a mianowicie za toczeń albo gruźlicę. Historyja jéj jest następująca:

Dnia 11go maja 1876 r. przybyła do kliniki prof. Arlta Gitla Gritz, 56 lat licząca kobiéta ze Stanisławowa; przedtém zawsze zdrowa, spostrzegła na wiosnę 1875 r. po raz piérwszy na spojówce gałkowéj prawego oka czerwony guzik, który coraz bardziéj się powiększał, a w jego otoczeniu powstawały świéższe, drobniutkie guziczki, tak, że w niedługim czasie cała rogówka niemi otoczoną była. Wzrok wtenczas żadnéj jeszcze nie okazywał zmiany. Lekarze w Galicyi używali najprzód roczczynu saletrzanu srébrowego, później kamienia niebieskiego do przyżegania spojówki powiekowéj, która także była siedzibą brodawek bujających i guziczków nowoutworzonych; słowem używano środków, jakie prawie wszędzie używają się w śluzotoku przewlekłym; co za tém przemawia, że choroba pojawiła się naprzód w postaci śluzotoku, i jeżeli my tu we Wiedniu, ze stanowiska klinicznego, bardziéj jeszcze w skutek badań drobnowidowych owe guziczki i wyrośle spojówki i rogówki uważać musimy za wybujałości i cząstki rozlanego nowotworu złośliwego, to w każdym razie przypuścić należy, że one późniéj znikły i ustąpiły miejsca nowotworowi albo, że nastąpiła bezpośrednia przemiana ich w nowotwór. Tylko wyrośle spojówki gałkowéj, które chora najprzód spostrzegła, mogły już odrazu posiadać przyrodę nowotworu, ponieważ część ta spojówki nigdy w początku, lecz zawsze i bez wyjątku dopiéro po dłuższém trwaniu śluzotoku przewlekłego, staje się siedzibą guziczków zapalnych. Środki użyte w domu, żadnego nie sprawiły polepszenia: guziczki i wyrośle mnożyły się szybko, a stawszy się coraz większemi, rozszérzyły się i na rogówkę, gdyż chora na 4 — 5 miesięcy przed przybyciem do kliniki spostrzegła upośledzenie wzroku, które co raz bardziéj się powiększało, tak, że przed 6 tygodniami całkowita nastąpiła ślepota. Rodzice i krewni, z którémi chora mieszkała, nie cierpieli podobnéj choroby, a dzieci jéj mają być całkiem zdrowe.

Stan obecny. Badana wygląda słabowito; budowa ciała wątła. Gałka i powieki oka lewego znajdują się w stanie całkiem prawidłowym. Powieka górna oka prawego znacznie zgrubiała; rzęsy częścią wypadły, częścią zlepione. Powieka dolna prawa po części lekko wywrócona odstaje od gałki. Spojówka powiekowa w wysokim stopniu zgrubiała, okazuje mnóstwo guziczków czerwonych, grudkowato, po części w jednym rzędzie umieszczonych; załamek dolny spojówki w wysokim stopniu ściągnięty, miejscowo całkiem wygładzony. Podobnež czerwone i soczyste guziczki rozsiane są i po całéj powierzchni spojówki gałkowéj, najbardziéj w dolnéj jéj części, gdzie téż znajdował się wrzód, który obejmował i dolną połowę rogówki. Brzegi tego wrzodu wielkości bobu dochodzącego wzniosłe, spadziste i obrzmiałe; dno w części spojówkowéj przedstawiały rozpadłe jéj wyrośle; środkowa część wrzodu była wydętą naprzód, ponieważ w tém miejscu wszystkie warstwy rogówki zostały zniszczone i przez tak powstały otwór wypadła tęczówka. Górna połowa rogówki powleczona łuszczką cienką, ale bogatą w naczynia; odpowiednio téj części rogówki widać górną połowę komórki utrzymaną, choć już bardzo płytką. Napięcie gałki prawidłowe.

Zrazu rozpoznano raka przybłonkowego spojówki i rogówki, rozlanego, płaskiego, owrzodzającego. Powstanie guziczków czerwonych w spojówce gałkowéj, powolne ich rozmnożenie się i rozrost, przejście téj saméj sprawy na rogówkę, zniszczenie części téj błony, owrzodzenie spojówki i w ogóle cała postać choroby téj zdawała się przemawiać za tém rozpoznaniem. Jest to szczególną własnością przybłoniaka, że objawy podmiotowe zazwyczaj bywają bardzo nieznaczne: nie mają chorzy ani boleści, ani światłowstrętu; wszystkiego tego nie było i u naszéj choréj; wydzielina ropy i śluzu była bardzo skąpą; łzawienia wcale nie było. Brak wszelkich dolegliwości i zgoła bardzo mierne objawy podmiotowe widzimy niekiedy i przy innych nowotworach spojówki i rogówki, bądź to łagodnéj, bądź złośliwéj przyrody, czasami nawet i w pewnych postaciach zapaleń przewlekłych; sprawy te chorobowe jednakże zawsze pozostawiają zmiany anatomiczne różnego rodzaju w tych błonach. I przeciwnie, jak w innych tkaninach, także i w spojówce i rogówce ostre zapalenia przechodzą w mniéj więcéj krótkim czasie w wyzdrowienie, pomimo że objawy podmiotowe dochodzą niekiedy do bardzo wysokiego stopnia. Jeżeli przy ropotoku ostrym rogówka niezostaje tkniętą, to i w ogóle spojówka po téj chorobie, jak téż i w tym drugim szeregu zapaleń ostrych, żadnych nie przedstawia zmian trwałych, podczas gdy pierwszy dział zapaleń przewlekłych i nowotworów prowadzi do owrzodzenia, utraty części tkanki i do zbliznowacenia trwałego.

Mniemano także, że choroba niczém inném nie jest, jeno po prostu śluzotokiem przewlekłym, który sprowadził zwyrodnienie spojówki. Nieznamy atoli dotąd takiego rodzaju zwyrodnienia całkowitéj przemiany tkanki w nowotwór, któryby był następstwem śluzotoku przewlekłego. Za tą ostatnią chorobą zdawały się przemawiać: początek i przebieg choroby, łuszczka w górnéj części rogówki, pochodzenie pacyjentki oraz i kraj, w którym choroba ta w pewnym stopniu szerzy się endemicznie, jednak przecież przez zarażenie bezpośrednie, a nie w skutek własności klimatycznych.

Nowotwory prawie zawsze ograniczają się do jednego oka; śluzotok przewlekły, którego wydzielina jest zaraźliwą (Piringer, v. Arlt i inni), prawie bez wyjątku zdarza się w obu oczach. U naszéj choréj gałka i powieki oka lewego całkiem były prawidłowe. Chociaż wydzielina była zazwyczaj skąpą, jednakże trudno sobie wytłumaczyć, dla czego u téj osoby, która czystością wcale nie grzeszyła i nigdy oka chorego nie zawiązywała, w ciągu całego roku zaraźliwa ta choroba tak znaczne zmiany na oku prawém sprowadziła, podczas gdy oko lewe nigdy najmniejszych zmian nie przedstawiało. Uporczywość choroby, przeciw któréj środki, z korzyścią zawsze używane w śluzotoku przewlekłym całkiem nie działały, przemawia za nowotworem. Chora znajduje się również w tym wieku (lat 56), w którym przybłoniaki zaczynają się rozwijać *).

(Dalszy ciąg nastąpi.)

*) Gdyby szczepienie wydzieliny spojówki na oczach zwierząt lub chorych ociemniałych — którego jednak w tym przypadku niepróbowano — uwieńczone były rezultatem dodatnim, możnaby wtenczas stanowczo orzec, że cierpienie było zwyrodnieniem spojówki w skutek śluzotoku przewlekłego; chociaż namienić należy, że nowotwory spojówki niekiedy połączone bywają z nieżytem téjże błony, który według wielu nowszych autorów (Sämisch, Manz, Becker, v. Stellwag), można przenosić na oczy innych osobników. Według Arlta zakaźną jest wydzielina śluzo-

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. S. Samuel (w Króleweu): **Handbuch der allgemeinen Pathologie als pathologische Physiologie** I. u. II Abth. Allgemeine Nosologie, Störungen der Blut-und Säftecirculation, Stuttgart, Ferd. Enke 1877 8 maj str. 210, 4·80 m.

Prof. Dr. J. Cohnheim (w Wrocławiu): **Vorlesungen über allgemeine Pathologie.** Ein Handbuch für Aerzte und Studirende. I Band. Berlin. August Hirschwald 1877, 8 maj str. str. 691. 17 marek.

Prof. Dr. M. Perls (w Giessen): **Lehrbuch der allgemeinen Pathologie für Studierende und Ärzte.** I Theil, Allgemeine pathologische Anatomie und Pathogenese mit 124 Holzschnitten. Stuttgart. Ferd. Enke 1877 8 maj, str. 508. 14 marek.

Prof. Dr. Stricker: **Vorlesungen über allgemeine und experimentelle Pathologie** II Abtheil. Wien. 1877, W. Braumüller. Sprawozdanie Dra B. Lutostańskiego.

Przy sposobności roztrząsania wykładów ogólnéj patologii Strickera (Przegl. Lek. Nr. 5 z. r.), przedstawiłem stanowisko, z którego zapatruję się przy ocenianiu dzieł zjamujących się częścią umiejętności lekarskich, o któréj tu mowa. Wyłączne opanowanie umysłów lekarzy przez kierunek doświadczalny wywołało nagromadzenie mnóstwa „drobnych umiejętnych szczegółów“ jak Virchow się raz wyraził, które widocznie oddaliło pożądaną chwilę syntezy, uogólniającego poglądu na całość nauki lekarskiéj. Od chwili gdy Virchow w r. 184$^7/_8$ w pierwszym tomie swego archiwu, a następnie w r. 1854 w pierwszym tomie zbiorowego dzieła *Handb. d. speciellen Pathologie,* zakreślił granice i wskazał drogi rozwoju dla patologii fizyjologicznéj, musieliśmy czekać lat dwadzieścia kilka na pracę zbiorową w tym kierunku przedsiębraną. Długą ciszę przerywano tylko życzeniami, wyrażanemi zarówno przez pierwszorzędnych uczonych jak i uczącą się młodzież, co do potrzeby i pożytku dzieła traktującego ogólną patologiję, zastosowaną do stanu spółczesnéj umiejętności lekarskiéj.

Widocznie nadeszła chwila zrobienia, że tak powiem, umiejętnego bilansu w dziedzinie różnolitych badań lekarskich, wykazania stanu czynnego i biernego naszych usiłowań pod względem zbadania praw chorobowego życia, jeżeli jednocześnie niemal pojawiają się aż cztery dzieła, poświęcone patologii ogólnéj a raczéj fizyjologicznéj patologii. Jednoczesność ta jest niewątpliwie zapowiedzią przełomu w nauce lekarskiéj i uznanéj potrzeby syntetycznego kierunku.

Każde z tych dzieł czterech nauczycieli publicznych napisane jest w odmiennym duchu, trudnym z tego powodu do określenia, że mimo jednego punktu wyjścia, przewodnie myśli autorów na jednakowém tle kreślą różne obrazy duchowéj pracy, wskazując zawsze jednak w sposób niedostateczny kierunki dla przyszłych badań. Żadnego też z tych dzieł nie można uważać za wyraz osobnéj szkoły lekarskiéj, jak to widzieliśmy w dziełach twórców różnych systematów patologicznych, którzy wystąpili na widownię po trzech wielkich reformatorach medycyny: Janie Hunterze w Anglii, Magendie we Francyi i Janie Müllerze w Niemczech, zaszczepiających w umiejętności lekarskiéj doświadczalny kierunek. — I inaczéj w obecnych czasach być nie może, w okresie wyłącznego panowania umiejętności przyrodniczych, wymagających, jak zwięźle a dosadnie wyraża się Helmholtz „aby wyniki myślenia zawsze były porównywane z rzeczywistością.“

Zastanowimy się najprzód z osobna nad każdém z dzieł, na wstępie wymienionych a następnie podamy porównawczy na nie pogląd wraz z uwagami, jakie się przy takiém roztrząsaniu nastręczają.

Samuel, prof. ogólnéj i doświadczalnéj patologii w Króleweu, wziąwszy za godło zdanie Virchowa: *„Neben der normalen Physiologie muss sich die pathologische ebenso unabhängig entwickeln, wie sich die pathologische Anatomie neben der normalen gebildet hat,“* napisał dzieło, które w 50ciu arkuszach druku obejmuje całość patologii ogólnéj. Część piérwsza mieści w sobie ogólną nosologiję, oraz zboczenia w krążeniu krwi i soków; druga część zawiéra ogólną patologiję krwi, wytwarzania ciepła i układu nerwowego. Trzecia zaś część ma traktować ogólną patologiję tkanin i narzędzi, w czwartéj wreszcie przedstawi autor zboczenia ustroju według ich przyczyn, oraz zejścia tychże zboczeń. Jak widzimy, układ wzmiankowanego dzieła odznacza się pewną nowością, o ile widocznėm jest, że prof. Samuel przyznaje wielką ważność ajtyjologii, w nowszych czasach zazwyczaj lekceważonéj.

W ogólnéj nosologii autor cechuje najprzód pełne przemian życie ustrojów wśród przyrody, a wytłumaczywszy przyczyny, w skutek których ustroje, mimo ciągłéj walki o byt z światem zewnętrznym, istnieją i całość swą zachowują, oraz dla czego, mimo mnóstwa wpływów szkodliwych, utrzymują się zazwyczaj w stanie zdrowia, przystępuje do określenia choroby, rozpoczynającéj się od niedostateczności władzy wyrównania w ustroju, a będącéj zboczeniem od wzorowego prawidła (*Störung d. typischen Norm*), przyczém wykazuje nicość poglądów ontologicznych i mechanicznych, oraz ich nadużywanie przez lekarzy.

S. roztrząsa następnie w ogólnych zarysach przyczyny chorobowych zboczeń, tudzież usposobienie do chorób, przyznając najważniejszą w tej mierze rolę właściwościom i położeniu tkaniu, a następnie dopiéro stopniowi rozwoju, wiekowi i płci, dziedzicznym wpływom, naturalnéj obronie, szkodliwościom mechanicznym, fizycznym i chemicznym, wreszcie jadom chorób zakaźnych. Ustęp ten o przyczynach chorób kończy autor uwagami o zatajaniu się *(Latenz)* przyczyn chorobotwórczych, które wyjaśnia nam zagadkowość w powtarzaniu, szerzeniu się i znikaniu wielu chorób.

W ogólnéj patochemii objaśnia S. powstawanie zmian w fizyjologicznéj mięszaninie ustroju skutkiem wnikania ciał obcych, rozwijania się zmian ogólnéj miejscowéj biostatyki, słowem w skutek wszelkich szkodliwości, wynikających z błędów dyjetetycznych w najobszerniejszém tego wyrazu znaczeniu.

Autor wykłada następnie ogólną patologiję zarodni (*protoplasma*), słusznie uważając ją za podstawę i kamień węgielny dla zrozumienia całéj nauki o chorobowém życiu. W rozdziale tym, obszernie a znamienicie opracowanym, autor określa najdrobniejsze skuteczne czynniki ustroju (*Faktoren*), patologiczne znikanie zarodni, wzrost homologiczny i heterologiczny zarodni. Żałujemy, że na tém miejscu nie możemy przy-

toku ostrego, ostrawego i przewlekłego, zapalenia spojówki błonicowego i dławcowego; wątpliwą jest zakaźność nieżytu ostrego mianowicie t. zw. epidemicznego, który jak się zdaje szerzy się tylko przez działanie pewnych szkodliwych cząstek w powietrzu, a nie przez przeniesienie wydzieliny. Stellwag (*Lehrbuch d. pract. Aughlkde 3 Aufl. 1867, s. 367.*) i inni przypuszczają zaraźliwość nieżytu ostrego i ostrawego; chociaż i ja tego jestem przekonania, namienić jednak muszę, że według doświadczeń w klinice Arlta czynionych, szczepienie nieżytu nie zawsze udaje się na ludziach. Od czasu, gdy Piringer i Arlt dowiedli niezaraźliwości nieżytu przewlekłego, wszyscy prawie popierają to zdanie.

toczyć całego tego rozdziału w całości, tyle zawiéra on ciekawych szczegółów oraz zasadniczych pojęć.

Następnie S. określa miejscowe zboczenia odżywcze i czynnościowe, wędrówkę przyczyn lub wytworów chorobowych oraz ich nowe umiejscowianie się, wreszcie powstawanie ogólnych zboczeń w skutek zboczeń miejscowych. Skreśliwszy daléj w śmiałych zarysach przebieg i trwanie w mowie będących zboczeń, oraz ogólną naukę o przypadach, autor przystępuje do skreślénia rozwoju i zadań patologii ogólnéj.

Umyślnie streściłem obszerniéj ogólną część roztrząsanego dzieła, albowiem ta właśnie część korzystnie wyróżnia pracę Samuela między dotychczas znanemi podręcznikami, z wyjątkiem może Henlego. W każdym razie autor ogólną nosologiję dawniejszych pisarzy, kréśloną jednostronnie i niejasno pod wpływem humoralno, solidarno i neuropatologicznych poglądów, przedstawia po raz pierwszy w sposób umiejętny jako organiczną całość. C. d. n.

Dr. J. Weiss: **Die cerebralen Grundzustände der Psychosen.** Stuttgart 1877, F. Enke, str. 46.

Tak jak w rozprawie swéj *„Werth u. Bedeutung der Reformbestrebungen in der Classification der Psychosen,“* z któréj zdaliśmy sprawę w Nrze 37 Przegl. Lek. z r. z., tak i w obecnéj młody autor, żywo przypominający nam wcześnie zmarłego Samta, powstaje przeciw „nowemu postępowi w dyjagnostyce psychijatrycznéj,“ dowodząc słusznie, że fizyczne uzasadnienie t. zw. „form obłąkania“ jeszcze nie jest na czasie a więc niemożebném. Na teraz rozchodzi się tylko o wytłumaczenie objawów, bedących wynikiem zboczeń czynnościowych, a raczéj zmian w mózgowiu, będących podstawą tych zboczeń. Opiérając się na pracach Wundta, Helmholtza, Webera a głównie na psychofizyce Fechnera,—o których jednak w poprzedniéj rozprawie sam orzekł, że nie wystarczają jeszcze do wytłumaczenia objawów obłąkania, przypuszcza jako pewne, że objawy życia duchowego są wypływem ruchów drobinowych, czyli zniesionéj równowagi najdrobniejszych elementów mózgowia, i na tym niby pewniku opiéra zarys gmachu całego o podstawie zboczeń umysłowych w zmianach mózgu. Czy i o ile usiłowania autora posuwają naukę naprzód, wykaże nam jeden przykład: Dotychczas mówimy o podnieceniu i przytłumieniu stanu umysłowego, — zapewne rzecz nie jest wcale ścisłą; autor nasz tłumaczy ten podział na język psychofizyczny: Zwiększenie lub zmniejszenie chwiejnéj równowagi drobin mózgowych. Czy to wyjaśnienie jest tak jasném i ścisłém?

Mimo to jednak rozprawa w mowie będąca zasługuje na uwagę lekarzy, świadczy ona bowiem bardzo korzystnie o wykształceniu naukowém autora, który właśnie ubiega się o docenturę psychijatryi we Wiedniu; dowodzi ona niestety także, z jak małą dotąd korzyścią wypada szamotać się w pętach przez naturę nam nałożonych. *L. Blumenstok.*

Postępy hematologii w szkole paryskiéj przez Dra Aug. Kwaśnickiego.

Jak nic jest trafném i głębokiém na każdém innem polu ścisłych nauk przysłowie francuskie: *„savoir c'est pouvoir,“* tak też nie da się ono bezwarunkowo zastosować i do medycyny. Od czasu wprowadzenia badań mikrochemicznych do zakresu codziennych zajęć praktycznego lekarza, tyle tajemnic bijologicznych chorego ustroju wyjaśniło się, nasze *„savoir“* tak znacznie rozszérzyło swój widnokrąg, że zestawiając z niém słabą skuteczność naszych zabiegów leczniczych i małą donioslość naszego aptecznego arsenału, słowem, nasze *„pouvoir“* terapeutyczne, wyznać musimy, że moc uleczania nie rozwija się odpowiednio z postępem teoryi, że już dziś *„pouvoir“* znacznie stoi niżéj od *„savoir“*. Myśli powyższe nastręczyły mi prace francuskie lat ostatnich nad badaniem krwi, tak prawidłowéj, jako też i chorobowo zmienionéj.

Badanie krwi jest tak stare, jak stara jest nasza nauka: począwszy od epoki występowania pierwszych pojęć lekarskich ciągnie się aż do dni naszych szereg usiłowań lekarzy, których prace różnią się nie celem, lecz sposobami badania, względnie do postępu nauk pomocniczych. Starożytni, spostrzegając barwę i płynność krwi, obecność i grubość błony zapalnéj, poprzestawali na tém, co ich pouczały zmysły. Na czele reformy pierwszy stanął Andral, który wprowadzając chemiczne odczynniki do badania krwi, usiłował wykryć zmiany w składzie jéj surowicy, i obliczyć zapomocą wagi ilościowe zmiany włóknika i ciałek krwi. Poddając krew badaną działaniu tego lub owego gazu, z wzajemnego ich powinowactwa chemicznego usiłowano czynić wnioski, mogące rozjaśnić objawy, przy łożu chorego spostrzegane. Prace Andrala, Becquerela i Rodiera stanowią podwalinę nowoczesnéj hematologii, która posługując się drobnowidem i badając ciałka krwi przedmiotowo, stworzyła jéj patologiję.

Pomysł użycia drobnowidu do liczenia ciałek krwi wyszedł od Vierordta, który biorąc mięszaninę krwi z płynem nieniszczącym jéj ciałek w znanym stosunku i umieszczając ją na szkiełku drobnowidu, przykrywał wszystko mikrometrem, przy pomocy którego obliczał ilość ciałek krwi, zawiérających się w 0,001 □ krwi.

Welcker i Montegazza podali swój sposób obliczania ciałek krwi, który mając za podstawę obrachowania powierzchnię, ustąpić musiał miejsca metodzie polegającéj na obrachunku objętości; w r. 1855 Cramer zalecił w tym celu przyrząd włosowaty swego pomysłu, którym się posługiwano aż do roku 1867; wówczas Potain wynalazł i opisał swój melangeur, składający się z cienkiéj rureczki, z całą dokładnością kalibrowanéj i podzielonéj, a zakończonéj w górnym końcu bańką znanéj objętości, którą się wypełnia krwią i surowicą, zmieszanemi w znanym stosunku. Kulka szklanna znajdująca się w bańce, przy poruszaniu przyrządu mięsza płyn w bańce znajdujący się. Przy pomocy tego przyrządu otrzymywał Potain ciecz jednorodną, któréj jedną kropelkę brał pod drobnowid i obliczał ilość ciałek w jednym sześciennym milimetrze znajdującą się.

W r. 1872 Malassez dołączył do przyrządu Potaina rurkę włosowatą, do któréj ciecz badana dostaje się przez wciąganie (*aspiratio*); ciałka obliczają się przy pomocy szkła mikrometrycznego, o stałém powiększeniu.

Przyrząd Malasseza był powszechnie używanym przez lat kilka, lecz obecnie w wielu już miejscach zastąpiono go przyrządem podanym przez Hayema, którego budowa jest następująca: cienka płytka szklanna, któréj grubość wynosi $^1/_5$ milimetra, jest w środku przedziurawioną otworkiem wynoszącym 0.01 średnicy; płytkę tę kładzie się na gładkie szkiełko przedmiotowe, przez co tworzy się zagłębienie o matematycznie znanych wymiarach; jeśli do tego zagłębienia wpuścimy kropelkę cieczy badanéj i przykryjemy ją gładkiém

szkiełkiem, otrzymamy warstewkę płynu, której wszystkie trzy wymiary znamy dokładnie; poczém, przy pomocy szkła mikrometrycznego, oblicza się ilość ciałek krwi.

Przyrząd Hayema już ma tę praktyczną wyższość, że łatwiéj się rozbiera i oczyszcza, a nie tak łatwo ulega stłuczeniu; lecz za pomocą każdego z wyżéj opisanych przyrządów można obliczać ciałka krwi, tak czerwone jak i białe, oraz gałeczeń.

Chcąc badać krew, koniecznie potrzeba znać ilość ciałek krwi prawidłowéj: ilość ta podług Vierordta, Welkera i Cramera wynosi 4 ½ milijonów w sześściennym miligramie krwi, podług Malasseza — cztéry milijony, a podług Hayema 5 milijonów; nie mniejszéj wagi jest obznajomienie się z zabarwieniem ciałek czerwonych krwi, oraz z ich rozmiarami.

Hayem badając krew noworodków doszedł do wniosku, że niejednakie wymiary ciałek krwi czerwonych noworodka są o wiele wybitniejsze swą niejednostajnością, aniżeli to ma miejsce u dorosłego; że największe ciałka noworodka są większemi od największych dorosłego, a najmniejsze są mniejszemi od najmniejszych ciałek u dorosłego; że ilość ciałek czerwonych u noworodka bezwzględnie jest większą, co stanowi nieraz uderzające przeciwieństwo z małą ich ilością we krwi matki, niedokrewnéj położnicy. Ciałka białe są bardzo obfite w czasie porodu, ale w krótce potém szybko zmniejsza się ich ilość. Słowem, streszczając wywody Hayema, krew noworodka ulega szybkim przemianom, przebywając okres przeobrażenia.

Ten stan płodowy krwi spostrzega się i u dorosłych: małe, karłowate ciałka czerwone krwi, tak obfite u płodu, a rzadkie u dorosłego, wytwarzają się w znacznéj ilości i w późniejszym wieku po krwotokach, bądź to fizyjologicznych, bądź patologicznych. Szczególniéj spostrzegał Hayem te niedoszłe i przechodowe ciałka czerwone krwi u osób niedokrewnych. Samo zmniejszenie się ilościowe czerwonych ciałek krwi u niedokrewnych nie stanowi jeszcze istoty téj choroby; Hayem kładzie nacisk na upośledzenie chemicznéj zdolności tych ciałek, czyli innemi słowy: niedokrewność cechuje się nietylko ilościowemi zmianami w składzie krwi, ale i jakościowemi, polegającemi na ważnych zmianach czerwonych ciałek krwi, zależnych od nieprawidłowego ich przeobrażenia się. Dotychczasowe spostrzeżenia doprowadziły Hayema do odróżnienia czterech działów niedokrewności, stosownie do ilości ciałek czerwonych krwi, oraz zawartego w nich gałczenia.

Hematologija wchodzi więc na nowe tory, a liczni pracownicy poświęcają się jéj w szpitalach paryskich. Zdaje się być niedaleką chwila, w któréj badanie chemiczne i fizyczne krwi chorobowo zmienionéj doprowadzi do pewników, które rozszérzą zakres wiadomości patologii ogólnéj.

Na zakończenie nadmienić muszę, że prof. Bouchut zdał sprawę Towarzystwu bijologicznemu o zastosowaniu przyrządu Hayema do obliczania kulek tłuszczu w pokarmie niewieścim.

Zapewne Bouchutowi znaną jest fizyjologiczna ilość kulek tłuszczu w jednostce objętości pokarmu niewieściego, gdyż bez tego zastosowanie przyrządu Hayema nie da wyników większéj doniosłości praktycznéj lub naukowéj.

G. Bardenhewer: **Przyczynek do nauki o rozstrzeni oskrzelowéj.**

Według Gerhardta ma powstawać u chorych na rozstrzeń oskrzeli (*bronchiectasis*) przy wstrzymanym odpływie ropnéj wydzieliny jam cierpienie gośćcowate stawów, podobnie jak po błonicy, czerwonce i przy rzeżączce, a powstawanie gośćca tłumaczy on wessaniem rozpadającéj się ropy do krwi. Dr. Bardenhewer w Kolonii opisuje dwa przypadki chorobowe stwierdzające spostrzeżenie Gerhardta.

W piérwszym z nich w przebiegu zapalenia płuc powikłanego z gnilném zapaleniem oskrzeli powstało zapalenie gośćcowe stawu kolanowego lewego trwające trzy dni.

W drugim przypadku przy powolném rozdzielaniu się nacieku zapalnego płuc obok rozstrzeni oskrzelowéj z plwociną mocno cuchnącą i stanem gorączkowym, wystąpiło zapalenie gośćcowe w obu stawach kolanowych, skokowych i w lewym stawie łokciowym, trwało dwa dni; po sześciu dniach powróciły bóle w obu stawach kolanowych bez obrzmienia i zaczerwienienia, trwały trzy dni, wreszcie w siedmnaście dni już w stanie bezgorączkowym wybuchnęło na nowo zajęcie obu stawów kolanowych z gorączką i znaczném przyśpieszeniem tętna i po 24 godzinach ustąpiło. Spostrzeżenia te przemawiają za przypuszczeniem Gerhardta wyżéj wymienioném.

Ponieważ w tych razach najważniejszym czynnikiem są plwociny cuchnące, rozkładające się, przeto w leczeniu najwięcéj baczyć należy na zmniejszenie ich ilości i na powstrzymanie gnicia; piérwsze jest tylko pośrednio możebném przez utrudnienie rozkładania się plwocin, a w tym celu najlepszém jest według Dra Bardenhewera wziewanie jak najstaranniejsze 1% — 2% rozczynu kwasu karbolowego co 2 godziny przez czas dłuższy. (*Berl. klin. Wochenschr. 1877. 52.*)

P......i.

Fr. Dornblüth: **O przewlocznem zatruciu tytuniem.**

Zdolność znoszenia tytuniu bywa u różnych osób bardzo różną a nawet zmienia się u tychże samych ludzi podczas zdrowia i choroby. Tak np. powszechnie wiadomo, że mocniéj czuje się tytuń paląc go na czczo, niż po jedzeniu, mocniéj w zamkniętéj przestrzeni niż na wolném powietrzu.

Skutki nałogowego używania tytuniu są miejscowe i ogólne. Piérwsze występują przeważnie przy paleniu, rzadziéj przy żuciu lub wciąganiu w nos i pochodzą prawdopodobnie nie tyle od nikotynu, ile od przetworów ubocznych przy powolném gorzeniu. Ztąd też mocniéj o wiele działają cygara trzymane po prostu w ustach i papierosy, niż tytuń w fajkach o długich cybuchach, osobliwie czysto utrzymanych.

Skutki ogólne pochodzą niewątpliwie z dostawania się nikotynu do krwi a przez nią do innych soków, do czego przyczyniają się zapewne inne połączki chemiczne, jak pikolin, pirydyn i kolidyn w dymie tytuniowym zawarte. Ile nikotynu i innych trucizn dostaje się przy paleniu do ustroju, niepodobna oznaczyć; tyle niezawodna, że zależy to nie tylko od gatunku ale i od sposobu palenia tytuniu. Ponieważ przy zwyczajném paleniu bardzo mało dymu dostaje się do płuc, przeto nikotyn może dostawać się do krwi jedynie za pośrednictwem śliny w jamie ustnéj lub żołądku po jéj połknięciu. Przy zaciąganiu się dostaje sią dym tytuniowy w znaczniejszéj ilości do dróg oddechowych, zkąd oczywiście przejść może do krwi i wywołać właściwe sobie skutki.

Nikotyn jest trucizną nader gwałtowną i silną a z doświadczeń na zwierzętach wypada, że niektóre skutki palenia

tytuniu pochodzą niewątpliwie od nikotynu, który w ogólności w małych ilościach podnieca, w większych zaś obniża czynności układu nerwowego. Funkcyje psychiczne nikotyn z początku podwyższa, później uspakaja prowadząc następnie nawet do omdlenia lub wcale nieprzytomności. Śmierć z nikotynu jest następstwem niedostatecznego oddychania, skutkiem wpływu na właściwy ośrodek nerwowy. Zdaje się przytém, że nikotyn bez zmiany wychodzi z ustroju.

Zatrucie przewłoczne pochodzić może z każdego sposobu dostawania się nikotynu do krwi. Najrzadziéj dzieje się to przy zażywaniu tabaki lub żuciu tytuniu, najczęściéj przy paleniu, osobliwie cygar i przy zaciąganiu się; dosyć często także u robotników po fabrykach tytuniu i cygar bądź przez wyziewy nikotynowe bądź przez pył. Zdaniem wielu badaczy zatrucie przewłoczne u robotników tytuniowych objawia się ogólném podupadnięciem odżywienia i przypadami nerwowemi: drgawkami, porażeniami, utratą zdolności płciowéj i skłonnością do poronienia. Merkel uważał przeciwnie u robotników tytuniowych najczęściéj choroby płucne osobliwie suchoty, co z jednéj strony może być skutkiem pyłu, z drugiéj następstwem złego odżywiania się osób źle płatnych.

Że mimo tak niewątpliwych a szkodliwych skutków z palenia, używanie tytuniu tak znacznem cieszy się powodzeniem, ma swe źródło w tém, iż palenie mierne podnieca osłabioną a uspakaja podwyższoną czynność układu nerwowego, osobliwie pod względem psychicznym i dlatego téż nie można zaprzeczyć, że tytuń w miarę przez ludzi do niego przywykłych używany jest bezwątpienia nader dzielnym bodźcem dla czynności umysłowych, jak tego historyja dowodzi na wielu znakomitych ludziach.

Lubo nałogowe palenie tytuniu zazwyczaj nie wywołuje skutków tak groźnych, jak inne środki narkotyczne, to jednakowoż wcale nie rzadkiemi są przypadki nakazujące słuszną zwracać uwagę na nadużywanie tytuniu.

Kazuistyka dotychczasowa wykazuje zgodnie, że przypady przewłocznego zatrucia tytuniem odnieść należy przeważnie do zboczeń w układzie nerwowym. I tak w sferze psychicznéj spotykamy się z obniżeniem energii władz umysłowych, niezdolnością i niechęcią do pracy. W zakresie nerwów zmysłowych na szczególniejszą uwagę zasługuje upośledzenie zdolności stósowania oka do odległości, odróżnianie barw, niedowidzenie, któremu towarzyszy zblednienie tarczy, zwężenie jéj tętnic i biały zanik nerwu wzrokowego. Te zboczenia przedmiotowe prawie wyłącznie trafiają się u palących nad miarę a zwykle nadużywających napojów wyskokowych, które klinicznie też same wywołać mogą skutki. Również nierzadkiemi są przeczulice występujące nieregularnie w rozmaitych nerwach, upośledzenie czynności układu ruchowego, daléj znane już od dawna osłabienie zdolności płciowéj u mężczyzn, stwierdzone już pierwéj przez Wrighta na zwierzętach. I na narząd trawienia ma tytuń wpływ niewątpliwy, lubo nie u wszystkich osób jednaki i jakoż od dawna wiadomo, że tytuń na czczo palony sprowadza łatwo stolec nawet u cierpiących na zatwardzenie, co tłumaczy się zwiększeniem ruchu robaczkowego jelit.

Terapija wymaga przedewszystkiém zaniechania zupełnie palenia przynajmniéj na jakiś czas, poczém można pozwolić na mierne palenie słabego tytuniu i to tylko z długich fajek bez zaciągania się. W przypadkach ostrzejszych, gdzie można spodziewać się obecności nikotynu w przewodzie pokarmowym, wskazanemi są leki garbnikowe, które tworzą z nikotynem połączki nierozpuszczające się. W przypadkach przewłocznych dobrzeby może było użyć jodku potasu.

Ślepota bez zmian oftalmoskopijnych ma ustępować przed strychninem oczywiście wśród wstrzymania się w paleniu. (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. 122. 1877.*) *D.*

Dunin (w Warszawie): **Przypadek zatrucia aniliną.**

Chemikowi Z. podczas ogrzewania aniliny nad lampką gazową pękło naczynie, a płyn w nim zawarty po części dostał się na podłogę, a po części zmoczył mu udo; pary zaś aniliny napełniły całą izbę. Z. po upływie kilku minut wyszedł na świéże powietrze, a w 3 godziny powróciwszy zdrów do pracowni poczuł pewne osłabienie, które jednak wzmagało się coraz bardziéj, tak że musiał się kazać odwieść do domu.

Dr. D. w 6 godzin po przypadku znalazł chorego siedzącego nieruchomo z głową w tył przechyloną, użalającego się na znaczne osłabienie w odnogach oraz na swędzenie i pieczenie w tém miejscu, gdzie anilina pomoczywszy odzienie ze skórą się zetknęła była; senność, mówienie niewyraźne, a czasem zapominanie wyrazów, twarz blada, wargi sine, paznogcie niebieskawo zabarwione, tętno dość pełne 82. D. stósował środki pobudzające i wino, mocną herbatę i zimne obmywanie ciała, umieściwszy chorego przy oknie otwartém. Pieczenie skóry ustąpiło natychmiast, odurzenie po upływie godziny, jednak słabość odnóg dolnych trwała jeszcze przez dzień następny.

Słusznie autor przypuszcza, że w tym przypadku przynajmniéj część aniliny dostała się do ustroju przez skórę, albowiem po wdychaniu pary anilinowéj (zwłaszcza zgęszczonéj, *sprawozd.*) objawy otrucia występują nie równie prędzéj. (*Medycyna* 1877 Nr. 52.) *L. B.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 8go listopada 1877 r.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Świderski opowiada pokrótce o przypadku krwiostoku, który spostrzegał przed niedawnym czasem. Dziewiętnastoletnia dziewczyna, dotychczas zawsze zdrowa, kąpała się na dzień przed regularnością, poczém doznała zimna, mocnego bólu w lewéj stronie macicy i omdlewała raz po raz. Regularność nie nastąpiła. Po czterech tygodniach na kilka dni przed spodziewanym peryjodem te same znowu wystąpiły objawy: nudności, boleści, omdlewanie. Przywołany w tym czasie do konsultacyi znalazł Ś. guz dość znaczny po lewéj stronie macicy; gorączka była nie wielka i rzadko przekraczała 38°. W trzecim miesiącu ponowiły się te same, lecz znacznie już groźniejsze objawy, guz doszedł do znacznéj wielkości, gorączka wynosiła około 41°. Po trzech dniach takiego stanu badając przez odbyt Ś. poczuł silną zaporę, przyczém popychając palec mocniéj uczuł nagle, że jakiś płyn gorący ścieka po palcu; płynem tym była ropa, która przez kilka jeszcze dni w znacznéj wypływała ilości. Dopiéro czwartego miesiąca wystąpiła prawidłowa miesiączka i odtąd chora jest zupełnie zdrową.

3) Następnie Dr. Zielewicz odczytuje rozprawę swą p. t. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pęcherzu u dzieci. Prelegent przeszedłszy pokrótce historyję tego w ogóle rzadkiego cierpienia przytoczył przypadek, który przed kilku

dniami wraz z Dr. Grodzkim i Dr. Mateckim spostrzegał w tutejszym szpitalu dziecięcym, zostającym pod jego kierunkiem. Przypadek ten tyczył się ośmioletniéj dziewczynki, któréj drugie dziéwczę przy zabawie włożyło podwójną szpilkę od włosów do cewki moczowéj. Szpilka ta usadowiła się późniéj tym sposobem, iż przedziurawiwszy ścianę pęcherzo-pochwową stérczała jednym końcem w pochwę, a drugim w cewkę moczową. Po rozszérzeniu ostatniéj za pomocą wzierników Simona wprowadzono proste kleszczyki i wydostano szpilkę bez zbytnich nudności. (Obszerniejszy referat o tym przypadku nadeśle autor Redakcyi Przegl. Lek.)

4) Dr. Osowicki opowiedział przypadek, w którym u dorosłego mężczyzny wyjął z pęcherza moczowego obce ciało przez operacyję. M. H. robotnik wiejski, 34 lat liczący, cierpiał od kilku lat na przewlekły nieżyt pęcherza i do oddania moczu był zmuszony używać cewnika, który dla taniości kazał sobie zrobić u blacharza w Gnieźnie. Przy wprowadzeniu złamał się cewnik i dość spory kawał tegoż pozostał w pęcherzu. W dziesięć dni potém szukał pomocy w tutejszym szpitalu miejskim. Przy badaniu chorego cewnikiem zdawało się, jakoby przy ujściu cewnika napotkano jakieś twarde ciało, wszakżeż zupełnéj pewności co do jego istoty niemożna było powziąć. Gdy zaś zaburzenia w oddawaniu moczu groźny przybierały charakter, zdecydował się na przecięcie pęcherza i wykonał takowe w dzień po przyjęciu chorego do zakładu. Wszakże ani w dniu operacyi, ani w dniach następnych, wystrzykując pęcherz dwa razy dziennie 2% kwasem karbolowym odłamanego kawałka cewnika znaleść nie mógł. Następstwa operacyi chory zniósł dobrze; gorączka opadła, apetyt powrócił; skarżyć się przecież na ból w prawym boku nie przestał. Dnia 12go po operacyi ból ten wzmógł się znacznie, chory zaczął gorączkować; po dwóch dniach nastąpiło przedziurawienie do jamy brzusznéj, skutkiem czego chory zmarł dnia piętnastego dnia po operacyi. — Przy oględzinach pośmiertnych wykazało się, że kawał cewnika, na 8 cm. długi, wciśnięty był pomiędzy ściany przerosłego znacznie pęcherza, stérczące tylko na 1 cm. w światło tegoż. O. zaznacza, że powodem niewynalezienia ciała była prawdopodobnie ta okoliczność, iż cięcie w pęcherzu było za małe.

Dr. Zielewicz wyraża swe powątpiewanie, ażali w danym razie operacyja była wskazaną i czy chory nie zmarł skutkiem operacyi saméj. Drowi Sęckiemu zaś nie jasném jest, zkąd ułamany kawałek cewnika, który miał być przy ujściu cewki moczowéj, tak szybko się dostał pomiędzy górne ściany pęcherza. Prelegent twierdzi, że dla zaburzeń moczowych operacyja była konieczną, a zkąd się owe ciało dostało pomiędzy ściany pęcherza, jest mu również nie jasném; zresztą nie twierdził na pewno, jakoby w dolnym końcu cewki moczowéj natrafił był na ułamany koniec cewnika.

5) Tenże zdaje sprawę w kilku słowach o *pilocarpinum muriaticum*, który jeszcze w lipcu r. b. sprowadził i zrobił niém ośm wstrzykiwań u 2 młodych osób. Jedna z nich lat 18 licząca cierpiała na chorobę Brighta, druga lat 24 licząca chorowała na przewlekły gościec stawowy. Zastrzykiwał po 0,01—0,02. W każdym przypadku znachodził przyspieszenie tętna o 4—10 uderzeń, ckliwość trwającą 2—3 godzin i bardzo nieznaczne tylko zapocenie się skóry, jedynie tułowia. — Obszerniéj o tym przedmiocie postanowiono mówić na walném zebraniu w grudniu.

6) Załatwiono rozmaite drobne sprawy bieżące.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Stanisław Jerzykowski, sekretarz.

VI. Skrajne kierunki w badaniach przyrodniczo-lekarskich ostatnich czasów.

I.

(*L-ski*). Ostatni, pięćdziesiąty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich był nie dawno świadkiem ciekawéj a doniosłéj walki dwóch odwiecznych stronnictw, ścierających się zarówno na polu umiejętnych zapasów jak i na widowni społecznego i politycznego życia narodów. Była to walka krańcowych przekonań, przeniesionych z badania przyrody w dziedzinę najwyższych zagadnień ducha ludzkiego — walka z prądem zachowawczym, jaki się objawił między uczonymi niemieckimi i który miarkuje niecierpliwe porywy tegoczesnych badaczów, z wielką brawurą idących naprzód w celu zrobienia wyłomu, jeżeli nie zupełnego przewrotu, w dotychczasowych teoryjach najważniejszych problematów umiejętności przyrodniczo-lekarskich, oraz zatarcia granic zakreślonych wiekową pracą ludzkości między światem zmysłowym i nadzmysłowym.

W szranki wystąpił tym razem jeden lekarz prof. Klebs z Pragi i dwóch przyrodników, prof. Haeckel z Jeny i prof. Naegeli z Mnichowa. Szermierze ci rzucili śmiało i odważnie rękawicę obozowi zachowawczemu, na czele którego stanął Virchow, znakomity i niejako urzędowy mówca Zjazdów przyrodniczo-lekarskich.

Mowy tych uczonych, znane już czytelnikom naszego pisma, rzucają jaskrawe światło na kierunki, objawiające się w badaniu przyrodzonych zjawisk. Są one wyrazem pewnego przełomu w pojęciach biogenetycznych, wyrazem chwili ważnego przesilenia, które z dziedziny umiejętności przyrodniczo-lekarskich przenosi się na pole filozoficznych i socyjologicznych badań — dociekań w ogóle wchodzących w zakres tak zwanych umiejętności duchowych.

Był czas, gdy prąd powszechny stosowania zdobyczy umiejętności przyrodniczych do potrzeb praktycznego życia, stracił przyrodników z podniosłego stanowiska, które ze względu na cel i przedmiot badania zajmować powinni. Ogromne tryumfy odniesione na polu technicznych zastosowań nie zapobiegły zwycięstwu innych dążności. Rzucono się do zbadania sił przyrody i praw niemi rządzących, do poznania życia jednostek i całości wszechświata, téj niezmierzonéj kuli Okena, li tylko w celach teoryji. Kierunek materyjalno-doświadczalny rozbudził niezmiernie duch badawczy i umiejętny. Zwolennicy metody wywodowo-doświadczalnéj odepchnęli od siebie wszelkie pojęcia *„a priori“* a nakazując milczenie swym uczuciom, jak się wyraża Claude Bernard, poddali się z pokorą grubym wynikom doświadczenia. Ogrom pracy w tym kierunku dla zbadania „ziemi i nieba“ usunął z obszaru umiejętności dogmatyzm i znakomicie zmniejszył wpływ subjektywnych poglądów. Prąd ten szczególniéj dla medycyny okazał się zbawiennym.

Rzecz zaiste dziwna, iż właśnie ci wyznawcy analitycznego kierunku, upatrujący w nim zbawienie i postęp umiejętności wpadli w drugą ostateczność — w porywczość do syntezy, co obecnie widzimy, zwłaszcza między młodymi adeptami, którzy dumni z „rezultatów“ kilku lub kilkunastu doświadczeń, niekiedy efemerycznéj wartości, stwarzają na ich zasadzie złudne teoryje, mające pogodzić wszelkie sprzeczności w nauce, lub służyć dla niéj lub jéj praktycznych zastosowań za niewzruszoną podstawę. Zdarza się także, iż ci badacze nowego kroju sposoby badania właściwe i pożyteczne dla pewnéj gałęzi umiejętności przyrodniczych uogólniają i narzucają je dla wszystkich innych badań w ogóle, zapominając o wszelkich innych a odrębnych kierunkach.

Tam gdzie istnieje prawdopodobieństwo prawa owi badacze ustanawiają takowe; gdzie istnieje zaledwie objaśnienie szczegółowego faktu nadają temuż miano teoryi. W tych zapędach popadają oni mimowoli w błąd dawniejszych czasów, potępianych przez nich samych, w których, jak słusznie Helmholtz powiedział, goniąc za złudnym ideałem naukowym stronniczo i błędnie przeceniano wartość metody dedukcyjnéj. (*Das Denken in der Medizin. 1877. str. 7.*) Do tego nawet

doszło, że każda nowa teoryja ma służyć dla chwilowéj dogodności; tworzenie więc ich lub odrzucanie tychże ma zależeć od chwilowego usposobienia. Jakiż to zamęt powstać musi w umysłach! Widzimy téż go w rzeczywistości. Przesycanie młodych lekarzy tego rodzaju teoryjami prowadzi z jednéj strony do zuchwałego zarozumienia, lub jeszcze zuchwalszéj ignorancyi; a z drugiéj strony do niedowiarstwa— razem zaś wziąwszy: do skarłowacenia umysłu.

Pod wpływem podobnych przekonań zostaje większa część eksperymentatorów a twórców modnych teoryj.

Exempla optime demonstrant! Znane są losy sławnéj teoryi ożywionych zarazków Halliera, który w końcu doszedł *ad absurdum*, uznając kiściaka (*penicillium*) za powszechnego winowajcę i przez to popadł w sprzeczność z faktami patologicznemi a tém bardziéj z botanicznemi poglądami. Klebs na nowo podejmuje tę sprawę i przedstawia ją w poprawném wydaniu. Na zasadzie kilkunastu doświadczeń przesączania cieczy zakażających, tudzież zaszczepiania w ustrojach zwierzęcych treści na sączku glinianym pozostałéj, utrzymuje on, że nie tylko wszystkie ostre i przewlekłe choroby zakaźne, ale nawet choroby zapalne (zapalenie płuc, nerek itd.) i gościec powstaje w skutek przenoszenia się i działania ustrojów ożywionych (*contagium animatum*). Mniema on daléj, że wszystkie choroby, zwłaszcza zakaźne, dzielić i oznaczać będziemy wedle rodzajów i gatunków swych pasorzytnych ustrojów. Ta teoryja pasorzytna ma sprawić przewrót w poglądach lekarskich, będący tylko kwestyją czasu.

Cała więc terapija zmieni się w leczenie przeciwpasorzytne i stanie się prawdziwą *Zukunftsmedizin*, którą i dziś już nieraz trapimy chorych na wzór Wagnerowskiéj muzyki, obrażającéj uszy słuchaczy nieumiejących się wznieść do jéj wysokości.

Zdania te wypowiedziane zostały w Mnichowie, a następnie ogłoszone w rozwlekłéj rozprawie: *Ueber die Umgestaltung der medizinischen Anschauungen in den letzten drei Jahrzehnten. Nebst einem Vorwort, enthaltend die Entgegnung auf Virchow's Rede über „die Freiheit der Wissenschaft im modernen Staat.“ v. Dr. Klebs. Leipzig 1878.*

Wystąpił przeciw nim Virchow, który zanadto szorstko potępił zasadę przedwczesnéj dedukcyi, przyczém nie miał zapewne na myśli sumiennych badaczy, lecz owych licznych eksperymentatorów a lekkich pracowników dla własnéj motyléj sławy i czczego rozgłosu.

O ile wszelkie badania w kierunku wzbogacenia teoryi pasorzytnéj są dla umiejętności pożądane, o tyle należy się wstrzymać od uważania jéj za środek na wszelkie bóle myślenia i działań lekarskich. Słusznie też Virchow zgromił twórcę owéj teoryi ożywionych zarazków, wcale zresztą nie nowéj.

Niezaprzeczone mamy dowody powstawania niektórych chorób zakaźnych, naprzykład zarazy wąglikowéj, w skutek wkraczania do organizmu ożywionych ustrojów. Fakt ten jednak nie upoważnia nas do ustanowienia ogólnego prawa: że wszystkie zarazki są ożywionemi ustrojami. Istnieją bowiem inne fakty dowodzące odmiennego sposobu powstawania spraw zakaźnych. Mianowicie nie trzeba zapominać o działaniu chemicznych zaczynów, o których w ogóle nie wiele wiemy. Przyczyny chorób infekcyjnych muszą być nie jasne, gdyż sam podział zaczynów na ożywione i nieożywione — postaciowe i bezpostaciowe — nie ma podstawy. Trudno bowiem przypuścić, aby skutek li tylko zależał od formy; stosowniéj więc niższe ustroje zaczynowe rozróżniać za radą Hoppe-Seylera według chemicznych rozkładów, jakie wywołują. Virchow zresztę nie wierzy w Klebsowskie zaczynniki (*microsporon*) i wymoczki wszczątkowate (*monadina*), dopóki ich sam nie zobaczy.

Klebs odpowiada, że wszelkie badanie umiejętne nie jest możliwe bez tworzenia hipotez, bo inaczéj żadne wielkie odkrycie nie przyszłoby do skutku. Na to zgoda! Lecz z drugiéj strony każdy przyzna, że wpajanie w umysły lekarzy przedwczesnych teoryj wiele już złego zdziałało, lubo Klebs trzymając się niejako hegłowskiego *„Alles was ist, ist vernünftig,“* mniema jakoby postęp umiejętności nie był możebny bez błędnych i niedostępnych teoryj, wreszcie słusznie twierdzi nasz patolog, że sumienna teoryja powinna być drogoskazem do wynalezienia nowych faktów, a tém samem sposobnością do sprawdzenia postawionéj teoryi. Wszystko to dobrze. Lecz Virchow nie powstawał przeciw tworzeniu teoryj w ogóle, lecz tylko potępiał przedwczesne ich głoszenie, tudzież przedstawianie teoryj należycie nieudowodnionych, zwłaszcza będących wyrazem osobistych słabostek lub skłonności, za pewne.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z Warszawy.

I.

Zdziwicie się niepomału skoro się dowiecie, że do czterdziestu kilku czasopism, które w Warszawie wychodzą, z nowym rokiem przybędzie jeszcze jedno. Dr. Dobrski uzyskał przed rokiem jeszcze pozwolenie do wydawania w charakterze Redaktora dwutygodnika lekarskiego p. t. „Zdrowie“, wkrótce jednak musiał przyjść do przekonania, że czasopismo takie ściśle naukowe dla lekarzy przeznaczone obok trzech już w Warszawie istniejących utrzymaćby się nie mogło. Myślano tedy wydawać czasopismo poświęcone medycynie popularnéj, przeznaczone dla publiczności nielekarskiéj. Myśl wielce niefortunna! bo czyż jest możliwość zapełnienia dwóch arkuszy na miesiąc samemi pracami treści medycznéj w taki sposób, żeby to ogół publiczności zainteresować mogło! To też niedługo noszono się z tą myślą i „Zdrowie“ skonać miało przed urodzeniem; okoliczność jednak, iż czasopismo naukom przyrodniczym poświęcone „Przyroda i Przemysł“ w lipcu czy sierpniu r. b. wychodzić przestało, wprowadziło w nową fazę tę sprawę. Ostatnie to czasopismo miało kiedyś swoje świetne czasy, gdyż liczyło podobno do półtora tysiąca prenumeratorów a wydawcy jego przyczynili się nawet do druku kilku bardzo ważnych dzieł z dziedziny nauk przyrodniczych, ale mocno chromać zaczęło już od roku, aż nareszcie zupełnie zawieszone zostało. Rzecz ta przyszła na rękę wydawcom „Zdrowia“; postanowili oni wydawać je, włączywszy do programu swojego nauki przyrodnicze i zastąpić przez to brak, który w rzeczy saméj czuć się u nas daje, ale ponieważ tytuł ten nie bardzo z nowym programem się zgadza, więc zadecydowano zmienić go na inny, ale na to trzeba oddzielnego pozwolenia w Petersburgu. Przytém należało się z tą sprawą spieszyć, gdyż według prawa, jeżeli w rok po wydaniu koncesyi na czasopismo jakie nie zaczęło ono wychodzić, koncesyja traci swoją wartość.

Prospekt na „Zdrowie, dwutygodnik popularno-naukowy, poświęcony naukom przyrodniczym i higijenie“ pojawił się

późno bardzo, bo ledwo przed kilkoma dniami; zapowiada on, iż „Zdrowie“ krzewić będzie pojęcia o życiu, o zdrowiu, o zapobieganiu chorobom, iż stopniowo wprowadzać będzie reformy w szkodliwych obyczajach i nałogach codziennego życia. Powiedziano w nim między innemi: „Za pomocą czasopisma starać się będziemy o systematyczne rozpowszechnianie wiadomości, które dotyczą pielęgnowania zdrowia jednostek i ogółu, o zjednoczenie w tym kierunku rozproszonych dotąd pojedyńczych usiłowań, o rozbudzenie dla spraw higijenicznych takiego zajęcia, na jakie ze wszech miar zasługują, a które samo jedno tylko doprowadzić może do tak pożytecznych dla zdrowia publicznego środków, jakiemi są np. stowarzyszenia, jego ochronę mające na celu“. O naukach przyrodniczych bardzo krótką znajdujemy wzmiankę: Ponieważ oznaki przyrodnicze w ścisłym są z higijeną związku więc: „nie zdziwi zapewne nikogo, że pismo nasze będziemy się starali w obu kierunkach równolegle prowadzić“. Kierownictwo części przyrodniczéj przyjął na siebie Bronisław Znatowicz, asystent przy katedrze chemii w warsz. uniwersytecie.

Pismo w obu kierunkach równolegle prowadzone wkrótce sprzykrzy się czytelnikom i trzeba jak najspieszniéj, o ile program zatwierdzony w Petersburgu na to pozwala, główny nacisk na nauki przyrodnicze kłaść. Higijena i medycyna popularna nie zajmują jeszcze u nas do tego stopnia ogółu, żeby pismo przeważnie im poświęcone było pokupne. Matki rzucają się wprawdzie z zapałem do wszelkich artykułów, traktujących o chorobach wieku dziecięcego, ale zajmują one je o tyle tylko, o ile sądzą, że wyczytają w nich jaki środek na koklusz, krup lub inną chorobę, która macierzyńskie ich serce trapi, ztąd wszelkie niedorzeczne „Apteczki domowe“, „Pięćset środków domowych“ etc. taki mają pokup, a rozumne, jak najprzystępniéj pisane artykuły o medycynie popularnéj, pomijane zwykle przez czytelników bywają.

Wydawcy nie liczą na korzyści z tego wydawnictwa a skromnie powiadają w prospekcie: „Nie łudzimy się bynajmniéj co do powodzenia..... wiemy, że książki przyrodniczéj treści pojawiają się u nas tylko dzięki ofiarności autorów i wydawców.....“ dając przez to do zrozumienia, iż bezinteresownie poświęcają pracę swoją dla ogółu. Pozowanie takie na dobroczyńców ludzkości może być materyjałem rozrzewniającym dla przyszłego autora nekrologu, ale publiczności nie wzruszy ono bynajmniéj. Każdy wie dokładnie, że wydający pismo spodziewa się, iż przyniesie mu ono bezpośrednio lub pośrednio pewne korzyści, a wszelkie tego rodzaju zaręczenia prospektowe zbyt są naiwne, żeby mogły kogoś przekonać. Czytelników zresztą, wcale nie obchodzi: jakie pobudki skłaniają kogoś do wydawania pisma; byleby ono było dobre i odpowiadało ich potrzebie duchowéj, będą czytać i płacić.

Pismo treści przyrodniczéj ma u nas widoki powodzenia, ale dowiaduję się, że jedna ze znaczniejszych księgarskich firm warszawskich weszła w ugodę z wydawcą „Przyrody i przemysłu“ i zamierza wkrótce wskrzesić to pismo; stanowiłoby to nader szkodliwą, jeżeli nie zgubną konkurencyję dla „Zdrowia“, gdyż wątpliwości nie ulega, że dwa pisma téj treści jużby się utrzymać nie mogły.

„Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“ wychodzić będzie od 1go stycznia za cenę zniżoną. Pismo to rozmaite przechodziło koleje; dawniéj było pismem miesięcznem i miało dosyć znaczną liczbę prenumeratorów. Późniéj jednak, niewiadomo dla jakich powodów zaczęło prenumeratorów tracić. Redaktorowie co lat parę się zmieniali, brali się z początku energicznie do dzieła, ale ich wkrótce ochota odchodziła. Obecnie pamiętnik jest pismem kwartalnêm i podaje przeszło 40 arkuszy druku rocznie z dołączeniem tablic, rycin etc. wedle potrzeby; rozdawany bywa bezpłatnie członkom czynnym Towarzystwa lekarskiego, których jest koło 90ciu a oprócz tego ma nie więcéj niż 60 prenumeratorów. Jestto cyfra tak mała, że ani mowy o têm być nie może, żeby pismo to o własnych siłach stać mogło, więc Towarzystwo znaczną sumę asygnuje rocznie na jego utrzymanie; w ubiegłym roku np. wydało na ten cel przeszło 900 rubli. Ale nietylko czytelników niema, lecz i na współpracownikach im zbywa; ponieważ prace tam zamieszczone nie są płatne, a wyznaczają się tylko 2 niewielkie premije za najlepsze artykuły i to o ile funduszu na to starczy, nie wielu jest takich, którzyby mieli ochotę darmo pisywać do pisma, które ma tak ograniczone koło czytelników. Pocóż więc podtrzymywać przy takich warunkach to pismo i takie wielkie pieniądze na nie wydawać? zapyta się nie jeden i w rzeczy saméj odpowiedź na to nietrudna. Pamiętnik jest organem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego i pomieszcza przedewszystkiém dokładne protokóły posiedzeń tego Towarzystwa; czyż nie byłoby daleko rozumniéj drukować miesięcznie lub w innych terminach same tylko protokóły z posiedzeń i do nich tylko zredukować cały Pamiętnik? Oszczędziłoby się na têm dużo pieniędzy, które daleko stósowniéj dałyby się użyć na nabywanie książek i powiększanie biblijoteki. Biblijoteka tutejsza jest bardzo niedostateczna, gdyż nigdy Towarzystwo przyzwoitéj sumy na jéj powiększenie nie wyznaczyło, składa się zatêm tylko z dzieł darowanych Towarzystwu, lub takich, które mu się drogą zapisu dostały. Można sobie wyobrazić, co to musi być za mięszanina bez ładu i systematu! Na domiar złego niema wcale katalogu drukowanego, a ciągłe żądania wzorowego i nader pracowitego biblijotekarza Kośmińskiego, żeby odpowiednią sumę na ten cel przeznaczono, pozostają bez skutku. Jest tylko pisany katalog, który Kośmiński w ostatnich czasach ułożył. Tak tedy wydaje się 800 do 900 rubli rocznie na pismo, które jakkolwiek bardzo dawno istnieje ani czytelników ani współpracowników w dostatecznéj ilości znaleść sobie nie może. Chcąc złemu zaradzić Redaktor dzisiejszy Dobrski, który w początku roku 1877 na lat trzy wybrany został, postawił wniosek, żeby cenę za Pamiętnik obniżyć. Dotychczas Pamiętnik kosztował w Warszawie rsr. 4, a na prowincyi z przesyłką pocztową rsr. 5, tylko członkowie korespondenci mieli przywiléj, że im go dawano za rsr. 3. Rubli pięć a choćby i cztery za 40 arkuszy druku jest w rzeczy saméj za dużo. Otóż Dobrski żądał, żeby cena dla wszystkich, bez wyjątku nawet z przesyłką pocztową, wynosiła rubli trzy. Wniosek ten wywołał dosyć silną opozycyję, najenergiczniéj protestował przeciwko temu Sekretarz stały Szokalski, a nawet wszystkie prawie głosy, które się w téj materyi słyszeć dały, wniosku nie aprobowały. Dowodzili, że tylko pisma upadające chwytają się tego środka, że to jednak nic nie pomaga, gdyż 1 lub 2 ruble rocznie dla nikogo ważnéj różnicy nie stanowi; że prenumeratorowie na treść pisma a nie na tak nieznaczną różnicę w cenie uwagę zwracają etc. Pomimo to jednak, wniosek znaczną większością głosów przeszedł. Przekonamy się teraz, czy zredukowanie to ceny w rzeczy saméj przyczyni się do powiększenia liczby prenumeratorów, jakto Redaktor wymownemi słowy przekonać się starał.

Skutki strasznéj wojny, która się na wschodzie sroży, odbiły się i w Warszawie. Ruch w kołach wojskowo-lekarskich jest wielki. Ranni ze wszech stron napływają i trzeba

starać się o ich pomieszczenie. Z jednéj strony Zarząd czerwonego krzyża zakłada szpitale za pieniądze zebrane z dobrowolnych ofiar, z drugiéj zaś Zarząd wojskowo-lekarski armii zachodniéj i jeden i drugi powołują lekarzy cywilnych za opłatą miesięczną do pełnienia obowiązków ordynatora. Towarzystwo czerwonego krzyża, a raczéj komitet jego damski, funkcyjonujący pod opieką hrabiny Kotzebue, żony General-Gubernatora, założyło wzorowy szpital na 100 chorych w wspaniałym pałacu Brühlowskim. Okazała ta budowla stoi w prześliczném miejscu, tuż przy ogrodzie saskim, a frontem skierowana jest do placu saskiego, chociaż oddzielona jest od niego obszernym dziedzińcem. Wykwintne i wielkie sale pierwszego piętra użyte są na szpital, w którym najcięźéj rannych pomieszczać mają. Dziesięć dam stanowiących wspomniany komitet damski dyżurują w taki sposób, iż każda z nich co 10 dni cały dzień w nim spędza. Naczelnym lekarzem jest tu Kosiński; oprócz tego powołano z pomiędzy młodszych lekarzy warszawskich trzech ordynatorów, którym płacą po 100 rubli miesięcznie. Toż samo warszawskie Tow. czerwonego krzyża założyło w Sławucie na Wołyniu, majątku księcia Romana Sanguszki, szpital na 150 łóżek i drugi takiéj saméj wielkości w Nowo-Mińsku, małém miasteczku położoném w gubernii warszawskiéj za Wisłą; i tu i tam powołano lekarzy z Warszawy.

Zarząd wojskowo lekarski energicznie i skutecznie się krząta. Na czele jego stoi niejaki Bogołubow, człowiek o dobrych chęciach. Rannych pomieszczał przedewszystkiém w szpitalu ujazdowskim. Jest to ogromny gmach stojący prawie za miastem, w blizkości ogrodu botanicznego i Łazienek królewskich; otoczony jest ogrodami, ztąd powietrze jest w nim czyste i warunki higijeniczne doskonałe." Gmach to jest bardzo wielki i może ogromną liczbę chorych pomieścić, tam też w łóżkach nadetatowych rannych przybyłych z placu boju lokują. Lekarzy wojskowych oczywiście nie wystarcza im, więc przybierają cywilnych, z których każdemu powierzają po 60 chorych. Zdziwicie się pewnie, że każdemu lekarzowi aż 60 chorych doglądać każą! tymczasem jest to już wielkie ustępstwo, gdyż w czasie pokoju, w armii rosyjskiéj każdy lekarz niemniéj niż 100 chorych ma pod swoją opieką! Niezbyt wielki szpital mieszczący się w Cytadeli zajęto także na rannych. Oprócz tego zarząd wojskowo-lekarski założył tymczasowy szpital w Sielcach, miejscowości położonéj pod samą Warszawą za mokotowskiemi rogatkami, i tam naznaczył Zygmunta Dobieszewskiego z Marienbadu, w domu poprawy za wolskiemi rogatkami, (Drowie Fonberg i Władysław Stankiewicz) i przygotowuje 30 łóżek w tak zwanym domu na rozdrożu, położonym naprzeciwko szpitala ujazdowskiego, w alejach Belwederskich. Na prowincyi zakładają takie tymczasowe szpitale w Łowiczu i w Brześciu litewskim; ten ostatni musi być bardzo wielki, gdyż wymieniają aż 14tu ordynatorów, których tam naznaczono. Innych, mniéj ważnych miejscowości nie wymieniam. Zapomniałem dodać, że Tow. czerw. krzyża urządza w auli uniwersyteckiéj nie wielki szpital na 40tu rannych.

Gerhard prezes Sądów warszawskich ulokował we własném swojém mieszkaniu 10ciu rannych i swoim kosztem ich utrzymuje, ale przykład ten jakoś zbawiennie nie oddziałał, gdyż o innych podobnych przypadkach nie słychać.

Zdaje się, iż urządzenia sanitarne na placu boju dosyć są wadliwe. Pirogow, po zwiedzeniu wszystkich szpitali, w raporcie swoim wytknął mnóstwo niedostatków; zwraca on między innemi uwagę na wadliwość urządzenia, że ciężko rannych leczą w blizkości placu boju a lekkoranionych odséłają do Rosyi, kiedy powinno być wprost przeciwnie, tém bardziéj że ranni przewożeni w doskonale urządzonych pociągach sanitarnych bardzo dobrze się mają.

Pomimo ogromnego materyjału, jaki dzisiejsza wojna chirurgii wojskowéj dostarcza, nie widzimy dotyczas wielkich rezultatów w gazetach lekarskich rosyjskich. Czekajmy, może po skończeniu wojny okażą się jakie cenne obserwacyje!

O liczbie rannych leczonych w Polsce i o rodzajach ran doniosę wam w jednym z następnych listów.

P. S. Po napisaniu powyższego listu dowiedziałem się, iż owa firma księgarska, o któréj wspomniałem, Gebethner i Wolff, nabyła na własność pismo „Przyroda i Przemysł" i będzie ono wychodzić począwszy od 1go kwietnia roku 1878.

Warszawa 31 Grudnia 1877. 3.

List z Genewy.

Z listu pisanego przez szanownego ziomka naszego Dra Laskowskiego, prof. anatomii w Uniwersytecie genewskim, do redaktora Przegl. Lek. wyjmujemy następujący ważny ustęp:

„Przy téj sposobności donoszę szan. koledze o bardzo ważném doświadczeniu chemiczném, które niezawodnie znajdzie bardzo wielkie zastósowanie w dziedzinie chemii i obchodzić będzie wasz świat naukowy.

Kolega nasz, Genewczyk Raoul Pictet zdołał skroplić kwasoród (tlen), poddając ten gaz podwójnemu działaniu, presyi około 300 atmosfer i niskiéj bardzo temperaturze, otrzymanéj za pomocą stałego kwasu węglowego i kwasu siarkawego. Jestem bardzo szczęśliwym, że byłem obecny przy tém doświadczeniu, które odbyło się w tutejszéj fabryce przyrządów fizycznych d. 22 grudnia. W chwili kiedy kwasoród wydobywał się na wolne powietrze z pod tak wielkiéj presyi i przy tak niskiéj temperaturze, zamieniał on się w płyn przeźroczysty jak woda destylowana. Przyznam się, że widok ten zrobił na nas wszystkich wielkie wrażenie."

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 stycznia. Wspomnieniu zmarłych należy się pierwsze miejsce, gdy wstępujemy w rok nowy; rozpoczynającym pracę na nowo wypada pożegnać się z pracownikami, którzy w roku minionym legli w grobie albo po długiéj wędrówce i po należytém spełnieniu obowiązków, albo przedwcześnie w kwiecie wieku i wśród trudu podjętego bądź koło nauki, bądź dla cierpiącéj ludzkości. A rok ubiegły obfito przedstawia ubytki we wszystkich prawie gałęziach lekarskich: i tak zmarli: Fizycy: Poggendorff w Berlinie, Caventou (któremu zawdzięczamy odkrycie chininu) w Paryżu, Smee w Londynie. Anatomowie: Hoffmann w Bazylei i Schultze w Gryfii. Fizyjologowie: Volkmann w Hali, Burdach w Królewcu, Gairdner w Edymburgu, Zawilski w Krakowie. Farmakolog: Clar w Gracu. Klinicyści: Wunderlich w Lipsku, Gintrac w Bordeaux, Barth w Paryżu, Ghinozzi we Florencyi, Spatzenegger w Salzburgu. Chirurdzy: Adams, Coulson i Fergusson w Londynie, Dolbeau w Paryżu, Langenbeck w Hanowerze, Kalning w Dorpacie, Linhardt w Würzburgu, Heine w Pradze czeskiéj, Girsztowt w Warszawie. Okuliści: Jaesche w Nowogrodzie, Sartison w Petersburgu. Położnicy: Mayerhofen w Insbruku, Murphy w Londynie, wicehrabia de Kergaradec (któremu zawdzięczamy odkrycie szmeru macicznego) we Francyi. Pedy-

ratr: Bouvier w Paryżu. Dermatologowie: Boeck w Chrystyjanii i Cazenave we Francyi. Psychijatrzy: Stolz w Tyrolu, Landerer i Zeller w Niemczech, Lelut i Berthier we Francyi. Lekarze sądowi: Schumacher w Salzburgu i Scharbe w Petersburgu. Higijenista: Oesterlen w Tybindze. Balneolog: Valentiner w Pyrmoncie. Historyk lekarski: Marx w Gietyndze. Weterynarz: Gerlach w Berlinie. Lekarze praktyczni: Harvey w Londynie (z którego imieniem wiąże się leczenie Bantingowskie), Hervez de Chégoin, Godelier, Durand, Richemond, Conneau, Carrère, Cintrat, Mérandon we Francyi (ostatni trzéj z zarażenia się dyfteryją), Jan Jacoby, Paul, Dietz w Niemczech, Andrejew i Ismailów w Petersburgu, Adami w Turynie, Koczak i Kliepera w Austryi. Z lekarzy praktycznych rodaków zmarli, o ile nam wiadomo: Aksamitowski w Płocku, Czajewicz w Warszawie, Dworzaczek w Łęczyckiém, Gruczyński w Lubartowie, Hellmann w Sejnach, Hindenburg w Mińsku, Iwanowski w Petersburgu, Luftig w Krakowie, Maleszewski w Janowie, Oszacki w Krzeszowicach, Pfau w Zaleszczykach, Rosicki w Sterdyni, Schreyer w Warszawie, Śrótowski w Lublinie, Wereszczyński w Firlejowie, Wermiński w Czupryi (w Serbii), Woyde w Puławach.

* Na posiedzeniu dorocznem administracyjném Towarzystwa lekarskiego krak., odbytém w d. 2 stycznia r. b. po sprawozdaniach podskarbiego, sekretarza stałego i dorocznego, biblijotekarza i sekretarzy komisyj uskuteczniono wybory na rok bieżący. Wybrani zostali: Prezesem ponownie Dr Stanisław Domański, docent U. J., wiceprezesem Dr Aleksander Zarewicz, prymaryjusz szpitala Śgo Ducha, sekretarzem dorocznym Dr Adolf Wurst, asystent kliniki okulistycznéj, biblijotekarzem prof. Dr. Stanisław Janikowski, redaktorem Przeglądu Lekarskiego ponownie redaktor dotychczasowy, członkami komisyi redakcyjnéj: Dr. Władysław Bylicki, asystent kliniki położniczéj, Dr. Kazimierz Grabowski, docent U. J., prof. Dr. Edward Korczyński, Dr. Ferdynand Obtułowicz, asystent kliniki chorób skórnych. Sekretarzem stałym i podskarbim pozostają wybrani w roku zeszłym na lat 3 Dr. Stanisław Pareński, docent U. J. i prymaryjusz, i Dr. Alfred Obaliński, prymaryjusz szpitala Śgo Łazarza.

* Na posiedzeniu Rady miejskiéj z d. 29 grudnia r. z radzca Dr. Warschauer wniósł imieniem sekcyi V, aby wybrać 5ciu członków do Komisyi sanitarnéj, a to w myśl §. 3 regulaminu tejże komisyi. Zgodnie z wnioskiem wybrani zostali: prof. Dr. Aleksander Stopczański, prof. Dr. Julijan Grabowski, Dr. Bolesław Lutostański, prymaryjusz Dr. Gustaw Neusser i weterynarz miejski p. Pacuła. Nadto w skład komisyi sanitarnéj wchodzą: prof. Dr. Stanisław Janikowski, jako delegat Tow. lek. krak., oraz radzcy miejscy prof. Dr. Edward Korczyński, Dr. Jonatan Warschauer i prof. Dr. Leon Blumenstok.

* Położenie lekarzy sądowych u nas nie jest zazdrości godném, ale tylko pod względem materyjalnym, bo honorowi i godności znawców sądownictwo w niczém nie uwłacza. Gdzieindziéj lekarze sądowi mają większe dochody, ale za to na każdym kroku spotykają się z nieufnością ze strony sądów, ubliżającą w wysokim stopniu nie tylko stanowi lekarskiemu w ogóle, ale i powadze znakomitości lekarskich pierwszorzędnych, wydających sumienne i gruntowne orzeczenia. Nie zadziwi nas tyle pomiatanie znawcami w Anglii, bo tam nie ma instytucyi sądowo-lekarskiéj, tam zwłaszcza w dochodzeniu wątpliwego stanu umysłowego występują lekarze najczęściéj z ramienia obrony wzywani, których więc o stronniczość posądzać można, a z drugiéj strony znawcy przez sąd wzywani zdradzają rażącą nieznajomość rzeczy, jak to już kilkakrotnie w tygodniku naszym wspominaliśmy. Ale uderzającém jestto zjawiskiem, że i w Prusiech, a więc w państwie, które nie tylko posiada instytucyję sądowo-lekarską, ale co ważniejsza, które obfituje w znawców w całém tego słowa znaczeniu, od czasu do czasu zdarzają się przypadki lekceważenia opinij lekarskich; powiadamy lekceważenia, bo pomimo, że sądy orzeczeniem lekarskiém wcale nie są i nie powinny być krępowane, inaczéj postępowania tego nazwać nie można, jeżeli, jak to właśnie opisuje jeden z psychijatrów berlińskich (*D. med. Woch. 1877 Nr. 52*), sąd tameczny cywilny pomimo orzeczenia wydanego przez takich znawców jak Westphal, Liman, Falk, Levinstein, Koblanck, potwierdzonego nadto przez kolegijum lekarskie, a uznającego młodzieńca za chorego na umyśle, uznaje tegoż za zdrowego, wdawszy się poprzednio w krytykę i dochodzenia i orzeczenia znawców! Polegając na świadectwie prawnika grono prawników uzasadnia opiniję wprost przeciwną orzeczeniu lekarskiemu! A rozchodziło się o ustanowienie kurateli dla młodego prawnika, syna radzcy tajnego Eulenburga, który od dziecięctwa okazywał niewątpliwe oznaki obłąkania, a którego własny ojciec z tego powodu widział się zmuszonym na różne zawody umieszczać w rozmaitych zakładach prywatnych i publicznych, gdzie wszyscy psychijatrzy jednozgodnie uznali go chorym na umyśle! Każdy przyzna, że przypadek taki u nas w obec zaufania, którém sądy darzą znawców, byłby niemożebnym i nigdy się jeszcze nie zdarzył i nie zdarzy. Jeżeli weźmiemy pod rozwagę upośledzenie materyjalne nasze, a moralne gdzieindziéj, to zapewne szala przechyli się na korzyść naszą.

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 51 (od 16—22 grudnia) zmarło w Krakowie osób 49; 27 mężczyzn i 22 kobiét; 25 osób w obwodach i 24 w szpitalach. Roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 46,3. Równocześnie wynosiła we Lwowie 35,1; w Warszawie 22,7; w Poznaniu 20,1; w Wiedniu 32,2; w Pradze 43,3; w Bazylei 27,6; w Chrystyjanii 18,4; w Odessie 26,3; w Wenecyi 31,2; w Barcelonie 28,7; w Gdańsku 28,7; w Berlinie 23,5; w Monachijum 33,6; w Dreźnie 21,8; w Lipsku 23,4; Z chorób zakaźnych zmarło w Krakowie w 51 tygodniu osób 13, mianowicie: z ospy 6 osób nie szczepionych, z odry 1, z płonicy 1, z dławca 2, z duru brzusznego 1, z gorączki połogowéj 1, z wścieklizny 1; z chorób zaś płucnych osób 17.

* **Niemcy.** Prof. E. Bergmann z Dorpatu wezwany na katedrę würzburską, opróżnioną po Linhardcie, oświadczył gotowość przyjęcia takowéj. Również prof. Cohnheim przyjął stanowczo katedrę anatomii patologicznéj w Lipsku. Na drugą katedrę ginekologiczną w Berlinie (obok Schrodera) proponowany został prof. Gusserow w Strasburgu.

* **Mianowania i odznaczenia.** Radzca nadworny prof. Hyrtl otrzymał krzyż komandorski bawarskiego orderu zasługi Śgo Michała. Prof. Dubois-Reymond w Berlinie, Leuckart i Kolbe w Lipsku mianowani członkami zagranicznymi *Royal society of sciences* w Londynie.

* **Kronika wojenna** Rząd turecki udał się do prof. Esmarcha w Kielu z prośbą, aby wysłał pewną liczbę lekarzy niemieckich dla armii tureckiéj, którym zapewniono obok kosztów podróży i utrzymania 500 franków płacy miesięcznéj.

Piśmiennictwo lekarskie. GRASSEL Maladies du système nerveux Paris 1877, in 8vo avec 26 figures. Delahaye. 10 francs.

Dr. Rud. LEWANDOWSKI Die Anwendung der Elektrizität in der prakt. Heilkuude (Wiener Klinik, III. 12 Heft) Wien 1877, Urban et Schwarzenberg str. 55, cena ½ zl.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Wny Dr. M. H. w K. Nowsze piśmiennictwo antropologiczne składa się głównie z rozpraw specyjalnych i monografij. Jako podręcznik zaleca się dzieło: Paul Topinard *L'Antropologie 2. édition Paris 1877* stanowiące 3ci tom *Bibliothèque des Sciences Contemporaines*, którego przekład polski w połowie jest gotów. Drugie dzieło: *Peschel's Völkerkunde 2te Aufl. Leipzig 1875*, jest właściwie rysem etnologii porównawczéj z dość obszernym i dobrym wykładem głównych kwestyj ściśle antropologicznych. Wszelkich innych wskazówek co do tego udzieli najchętniéj Sz. kol. **Dr. Kopernicki** w Krakowie (ul. Sławkowska Nr. 288).

Zwracamy uwagę szan. Członków korespondentów Tow. lek. krak., iż wedle statutu obowiązującego winni abonować bezpośrednio w Administracyi.

Do d. 15 lutego r. b. możemy abonentom dostarczać numerów szczególnych Przegl. Lek. z roku zeszłego, z wyjątkiem atoli Nrów 7—13 włącznie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 12 Stycznia 1878. № 2. Rok XVII.

Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez Prof. Dra **Korczyńskiego.**

I.

Tętniak tętnicy płucnéj w skutek zapalenia przewlekłego osierdzia. Niedokrewność znacznego stopnia. Skrobiawica narządów wewnętrznych przy rozroście tkanki śródmiąższowéj. Przyostre zapalenie miąższowe nérek. Śmierć z odmy piersiowéj skutkiem rozpadu zawału zatorowego (infarctus ex embolia) w płucu lewém.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Rozpoznanie napotykało na trudności, które starano się zwalczyć rozważném ocenieniem znaczenia semiotycznego każdego objawu z osobna i łączeniem ze sobą tylko tych objawów, których związek przyczynowy zdawał się być niewątpliwym.

Obecność dwóch tonów poniżéj uderzenia koniuszkowego serca i nad komórką prawą pozwalała wykluczyć niedomykalność zastawek dwu- i trójdzielnéj i zwężenie ujść żylnych, tak samo, jak obecność tonów rozkurczowych nad tętnicą główną i płucną niedomykalność zastawek półksiężycowych. Szmer skurczowy najwyraźniejszy nad tętnicą płucną — przy wielkiéj rzadkości zmian chorobowych w tętnicy płucnéj — odniesiono do innego zboczenia chorobowego, którego rozpoznanie opiérało się na bardzo licznych objawach, a mianowicie do niedokrewności wysokiego stopnia; takowa uwydatniała się bladością skóry i błon śluzowych, wychudnieniem, bladością moczu mimo skąpéj ilości takowego, buczeniem nad żyłami szyjnemi, szmerem skurczowym dmuchającym nad miejscem uderzenia koniuszkowego i nad tętnicą główną, słyszalnym w tém miejscu obok tonu skurczowego. Szmery ciągłe, występujące po nad trzeciemi żebrami na brzegach mostka i na mostku, jako mające cechę szmerów żylnych, odniesiono również do niedokrewności, stwierdziwszy poprzednio, że nie powstają w tętnicach, i w objawie tym upatrywano potwierdzenie zdania o przyrodzie szmerów sercowych.

Wykluczywszy w ten sposób zmiany chorobowe na zastawkach i w ujściach, starano się bliżéj ocenić rozmiary stłumienia serca, przyczém nie trudnym był wniosek, że istnieje mierny przerost całego serca z przeważającém rozszerzeniem komórki prawéj. Ponieważ w zakresie krążenia małego nie znaleziono żadnéj przyczyny dla rozszérzenia prawéj komórki, a na prawym brzegu mostka przy uczepieniu chrząstki 4go żebra znajdował się szmer niewątpliwie przyrody osierdziowéj, sądzono, że między objawami temi istnieje związek przyczynowy, tém bardziéj, że od czasu przebycia zapalenia stawu kolanowego prawego chora doznawać miała kłucia w okolicy serca. Przerost prawéj komórki z rozszérzeniem takowéj odniesiono więc do przewlekłego zapalenia osierdzia, jak to istotnie dosyć często się przydarza. Mierny wprawdzie, ale przecież istniejący przerost komórki lewéj przy braku niewątpliwych objawów przeszkody w krążeniu krwi w układzie tętnicy głównéj lub naczyniach włosowatych, tłumaczono częstemi napadami bicia serca i ogólną długotrwałą niedokrewnością, jakto w uwagach końcowych dokładniéj wyjaśnimy.

Co do okresu choroby, uwzględniając tak niestosunek między miernem tylko uderzeniem serca w dołku podsercowym, a silném zaostrzeniem drugiego tonu nad tętnicą płucną i między silném uderzeniem serca w 4 i 5 przestworze międzyżebrowym a miękkiém tętnem sprychowém, jakoteż dłuższe trwanie choroby, wysokiego stopnia niedokrewność, (która trwając długi czas nie może być obojętną ze względu na odżywienie mięśnia sercowego) i objawy zastoinowe w postaci zaostrzenia szmeru wdechowego nad łopatką prawą, powiększenia i większéj zbitości wątroby, miernéj opuchliny brzusznéj i skąpéj ilości moczu, rozpoznano trwałe znużenie mięśnia sercowego z powodu zwyrodnienia takowego.

Ból w okolicy żołądka przy braku wyraźniejszych objawów wrzodu przeszywającego nazwano bólem nerwowym (*cardialgia nerv.*), zastrzegając się, że między takowym a

przodozagięciem macicy istnieć może związek przyczynowy. Rozszérzenie żołądka odniesiono do osłabienia (*atonia*) błony mięsnéj a brak łaknienia do dyspepsyi, jako do zboczeń stojących w bezpośrednim związku z niedokrewnością. Powiększenie śledziony zdawało się odpowiadać wywiadom, które wskazywały na dreszcze i gorączkę w ostatnich miesiącach przed przybyciem do kliniki.

Rozpoznanie opiéwało więc: *Pericarditis chronica post arthritidem genu idiopathicam subs. hypertrophia et dilatatione ventriculi dextri. Hypertrophia ventr. sinistri ex cardiopalmo, in stadio incompensationis. Anaemia majoris gradus. Hyperaemia passiva pulmonum, hepatis et renum, et ascites minoris gradus. Anteflexio et catarrhus cervicis uteri. Cardialgia, dyspepsia et atonia ventriculi. Tumor lienis malaricus.*

Rozpoznanie to nie tłumaczyło nam jednakże znacznego osłabienia tętna tętnicy sprychowéj i głowowéj lewéj i głośniejszego buczenia żylnego na klatce piersiowéj po stronie lewéj. Dlatego to w rozpoznawaniu ściślejszém zastanawiano się nad możebnością tętniaka tętnicy głównéj, nowotworu śródpiersiowego i modzelowatego zapalenia śródpiersia z następowém ścieśnieniem pni żylnych lub tętniczych, lecz zmiany te wykluczono dla braku właściwych przypadów. Nieprawidłowe zachowanie się tętna tłumaczono więc wrodzoną wązkością tętnicy głowowéj i podobojczykowéj lewéj, zaś głośniejsze po lewéj stronie buczenie nazwano znanym i spostrzeganym, lecz dotychczas przez nikogo nie wytłumaczonym wyjątkiem od ogólnego prawidła.

Pomijając leczenie i drobniejsze szczegóły z przebiegu zaznaczymy tylko w streszczeniu najważniejsze momenty z **obserwacyi klinicznéj.**

Aż do dnia 16 czerwca przypady w niczém się nie zmieniły, tylko że mimo podawania potraw pożywnych i łatwo strawnych, stanu bezgorączkowego i używania leków żelezistych wraz z lekami gorzkiemi, niedokrewność się powiększała, a ciężar ciała zmniejszył się o 500 gm. W dniu 16 czerwca wystąpiły po raz piérwszy dreszcze; ciepłota wieczorna doszła do 38·7° C., a tętno do 96. Przez następne dwa dni, chora wcale nie gorączkowała, zaś w dniach 19, 20 i 23 czerwca po ponownych dreszczach ciepłota wieczorna podnosiła się do 38° C. Badanie nie wykazywało w tym czasie żadnych zmian, dopiéro w dniu 23 czerwca stwierdzono, że śledziona nieco się powiększyła i z tego to powodu przepisano choréj małe dawki chininu.

Dnia 26 czerwca popołudniu pojawił się silny dreszcz, poczém ciepłota podniosła się do 40·2° C., utrzymywała się na téj wysokości do wieczora a w nocy nastały mierne poty. Chora zaczęła żalić się na silne kłucie w okolicy serca, a badanie wykazało nazajutrz świéże tarcie osierdziowe przy uczepieniu chrząstki trzeciego prawego żebra; chlorki dotychczas prawidłowe nieco się zmniejszyły. Rozpoznano więc zaostrzenie sprawy zapalnéj w osierdziu.

W następnych 5 dniach przy codziennych dreszczach, zwalniającym torze gorączki i stopniowém zmniejszaniu się nasilenia takowéj wystąpiły wybitne objawy wysięku osierdziowego: uderzenie serca osłabło, stłumienie sięgało po za uderzenie koniuszkowe z jednéj a po za prawy brzeg mostka z drugiéj strony, zaś ku górze rozciągało się do dolnego brzegu trzeciego żebra, tak, że stłumie okazywało postać trójkątną, przyczém tętno sprychowe prawe osłabło, a chora żaliła się na bezdech i kłucie w okolicy serca. W moczu bardzo skąpym (300 cm. sz.) pojawił się ślad białka, a chlorki były zmniejszone. Około kostek stwierdzono mierną opuchlinę a w płucach wyraźniejsze objawy nieżytu, którym po raz piérwszy towarzyszył kaszel połączony z odkrztuszaniem skąpéj ilości plwocin śluzowych.

W dniach 1 i 2 lipca ubyło szybko wypociny osierdziowéj tak dalece, że w dniu 3 lipca stłumienie rozpoczynało się znów od 4go żebra i sięgało tylko do uderzenia koniuszkowego, tarcie wystąpiło na znaczniejszéj przestrzeni, ilość moczu zwiększyła się do 800 cm. sz. a chora przestała się skarżyć na kłucie. W ostatnich dwóch dniach był stan bezgorączkowy. W czasie tym zwracały jednak uwagę ważne okoliczności, które nie dały się w zupełności pogodzić z szybkiém ustępowaniem wypociny osierdziowéj, a mianowicie, że stłumienie serca nie przestało przekraczać prawego brzegu mostka, że napełnienie tętnicy sprychowéj nie wróciło do dawniejszego stanu, że uderzenie serca było słabszém niż przed wypociną osierdziową i że nieżyt oskrzelowy był wyraźniejszy. Objawy te tłumaczono niekorzystnym wpływem na mięsień sercowy przebytego świéżego zapalenia osierdzia i towarzyszącego takowemu stanu gorączkowego.

W następnych 5 dniach ponowił się stan gorączkowy tym razem bez dreszczów, zwolnienia ranne wynosiły 37·2 do 38·2, nasilenia wieczorne 38·4 do 39° C., podczas gdy tętno uderzało 64 — 84 razy. Równocześnie zauważano ważne objawy tak w narządzie oddéchania jakotéż krążenia: zamiast tonu skurczowego słyszalnego poniżéj uderzenia koniuszkowego pojawił się szmer skurczowy, z tyłu po stronie prawéj po nad grzebieniem łopatki i z przodu po nad obojczykiem lewym wystąpił odgłos stłumiono-bębenkowy obok rzężeń pęcherzykowych; plwociny stały się lepkie i zawiérały niekiedy prążki krwi, śledziona powiększyła się, a brzeg stał się bardziéj bolesnym. Do przypadów tych dołączyły się w dniu 10 lipca objawy zapalenia opłucnéj w lewéj okolicy podpachowéj w postaci napięcia i bolesności tamże przestworów międzyżebrowych, odgłosu bębenkowego i tarcia opłucnowego. Zmiany w płucach i opłucnéj odniesiono do sprawy zatorowéj (*embolia*), gdyż takowa wydawała się prawdopodobniejszą aniżeli przypuszczenie samodzielnych ognisk zapalnych w obu płucach. Przyczyny zatorów szukano w sercu prawém, gdyż nie znaleziono takowéj w układzie żylnym a w osłabieniu czynności serca od początku lipca zauważaném upatrywano okoliczności sprzyjającéj tworzeniu się skrzepów krwi w komórce prawéj, które popłynąwszy do rozgałęzień tętnicy płucnéj mogły być powodem zawałów z następowém zapaleniem opłucnéj. Ponieważ jednakże wystąpienie szmeru skurczowego poniżéj uderzenia koniuszkowego, powiększenie i bolesność śledziony nie dały się wytłumaczyć zakrzepicą krwi w sercu prawém, domyślano się, ażali nie wystąpiło równocześnie zapalenie śródsierdzia w lewéj komórce. Zapalenie śródsierdzia przyłącza się bowiem dosyć często do zapalenia długotrwałego osierdzia, a jak Deselaux wykazał, można u zwiérząt wywołać zapalenie śródsierdzia, wzniecając sztucznie sprawę zapalną w osierdziu.

Krótki przebieg czasu, jaki chora pozostała w klinice, nie pozwolił rozstrzygnąć na pewne téj ostatniéj wątpliwości. Pomiędzy 10 a 18 lipca (w którym to dniu chora opuściła klinikę z powodu zbliżających się feryj szkolnych) ustąpiła gorączka, odgłos stłumiono-bębenkowy w płucach znikł zupełnie, a w boku lewym utrzymywało się tylko nieznaczne tarcie opłucnowe. Szmer skurczowy poniżéj uderzenia koniuszkowego osłabł, brzeg śledziony był mniéj bolesny, tętno sprychowe nieco pełniejsze, uderzenie serca silniejsze, opuchlina około kostek mniejsza, chora czuła się swobodniejszą

i mniéj narzekała na bóle w okolicy żołądka, na duszność i bicie serca. Wszystkie zaś inne przypady pozostały niezmienione.

Chora zgłosiła się ponownie do kliniki w dniu 18 października 1877 i opowiadała, że po wyjściu z kliniki czuła się przez kilka tygodni znacznie lepiéj i mogła chodzić męcząc się tylko przy dłuższém nieco chodzeniu. Po kilku tygodniach pojawić się miały bóle w obydwu stawach kolanowych i skokowych i od tego czasu miały znów powrócić bóle w okolicy żołądka, osłabienie, duszność i bicie serca. W ostatnich kilku tygodniach zauważała chora opuchlinę najpiérw na odnogach dolnych a potém na twarzy.

Badanie wykazało odnośnie do objawów poprzednio zauważanych: Barwę skóry bledszą, tkankę podskórną na odnogach dolnych, na twarzy i na brzuchu surowiczo obrzękłą, w jamie brzusznéj większą ilość płynu surowiczego. Na klatce piersiowéj w kilku miejscach odgłos bębenkowy obok szmeru wdechowego wszędzie bardzo szorstkiego, miernego kaszlu i plwocin skąpych śluzowo ropnych zmięszanych z prążkami krwi. Uderzenie koniuszkowe serca słabsze niż poprzednio, zato wstrząśnienie skurczowe w okolicy serca rozleglejsze występuje od 2 do 5go przestworu, i w dołku podsercowym. W drugiém i trzeciém lewém międzyżebrzu koci mruk *(frémissement)* przedskurczowy, bardzo wyraźny, który staje się jeszcze wyraźniejszym podczas wdechu i gdy chora usiędzie. Stłumienie serca w postaci owalu poprzecznego w tych samych, jak poprzednio rozmiarach. Przysłuch wykazuje nad komórką lewą ton skurczowy połączony ze szmerem i rozkurczowy ton, nad komórką prawą dwa tony, nad tętnicą główną ton skurczowy ze szmerem głośniejszym niż nad komórką lewą i rozkurczowy ton, nad tętnicą płucną wyraźny i głośny szmer skurczowy obok dźwięcznego rozkurczowego tonu. Najdobitniéj słychać obecnie szmer skurczowy na mostku po nad uczepieniem trzecich żeber, a co ważna, szmer w tém miejscu wydaje się być odmiennym od szmeru nad tętnicą płucną. Szmer żylny po nad stłumieniem serca występuje w téj saméj co dawniéj jakości i tych samych granicach; jest ciągły, głośniejszy po lewéj stronie, staje się jeszcze silniejszym w położeniu siedzącém, wzmacnia się podczas rozkurczu, słabnie osobliwie po stronie prawéj gdy się mocno uciśnie żyłę szyjną wewnętrzną a okazuje jedynie tę zmianę, że prawdopodobnie z powodu głośnego i szorstkiego szmeru wdechowego słychać go wyraźniéj podczas wydechu aniżeli podczas wdechu. Tętno wszędzie równoczesne, na tych samych jak poprzednio tętnicach słabsze, falowanie występuje wyraźniéj na żyle szyjnéj zewnętrznéj prawéj. Ciepłota wieczór 37·2, rano 38·7° C.; tętno 80. Wątroba i śledziona nieco mniejsze. Mocz w ilości 400 cm. sz. barwy brudno-czerwonawéj, c. g. 1015, zawiéra według rozbioru dokonanego przez prof. Dra Stopczańskiego urochrom w ilości znacznie zwiększonéj, uroksantyn i kwas moczowy słabo zwiększony, mocznik i chlorki w ilości zmniejszonéj, fosforany ziemne zaledwie prawidłowéj, fosforany potasowców i siarkany w ilości zwiększonéj. W osadzie ciałka krwi dosyć częste, ciałka wypocinowe i obfite wałeczki Belliniego przeźroczyste.

Cały obraz choroby przedstawił się obecnie w postaci późnego okresu niekompenzowanéj wady sercowéj u osoby w wysokim stopniu niedokrewnéj. Żadne objawy nie znaglały nas do zmienienia rozpoznania przed kilku miesiącami postawionego, a więc i teraz położyliśmy główny nacisk na niedokrewność i na przewlekłe zapalenie osierdzia z następowém rozszerzeniem prawéj komórki, ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego, zakrzepicą prawéj komórki i zawałami zatorowemi w płucach. Jedynie tylko ta okoliczność, że szmer skurczowy nieco odmienny dał się usłyszeć najwyraźniéj nad mostkiem, zdawała się obalać przyrodę dodatkową tego szmeru i zwracała uwagę na możebność istnienia jakiéj zmiany chorobowéj w tętnicy głównéj. Brak zmian miażdżycowych w tętnicach obwodowych obok wczesnego wieku choréj nie pozwalały rozpoznawać miażdżycy tętnicy główné, zaś brak nierównoczesności tętna, znaczniejszego przerostu lewéj komórki, stłumienia po nad stłumieniem serca, tętnienia, objawów uciskowych na tchawicę, oskrzela, pnie żylne, gardziel lub nerwy — pomimo łudzącego na pozór osłabienia tętna w tętnicy sprychowéj, barkowéj i głowowéj lewéj — sprzeciwiały się rozpoznaniu tętniaka tętnicy głównéj. Po wykluczeniu więc innych możebnych przyczyn tego szmeru, a mianowicie otwarciu przewodu Botalla, nowotworu śródpiersiowego, żylaka tętniakowego, szmeru sercowo-płucnego *(pneumocardiales Geraeusch)* i szmeru powstającego ze zwężenia rozgałęzień tętnicy płucnéj, pozostała tylko jedna możebność, ażali szmer ten nie powstaje w tętnicy głównéj skutkiem nierówności na wewnętrznéj ścianie takowéj powstałych z zapalenia.

Zmiany w nérkach rozpoznano jako przyostre zapalenie miąższowe i do takowego odniesiono stan gorączkowy.

W dalszym przebiegu opuchlina zwiększała się, tętno i uderzenie serca słabło, a pośród objawów sprawy zapalnéj w nérkach utrzymywał się ciągły stan miernéj gorączki *(status subfebrilis)*. W ostatnich dniach wystąpiły znów wyraźniéj objawy zgęszczenia bocznych części płuca lewego, połączone z objawami równoczesnego zajęcia opłucnéj.

W dniu 4 listopada 1877 powstał nagle silny ból w lewéj połowie klatki piersiowéj i bezdech, pośród którego chora rychło życie zakończyła.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Szczególny rodzaj przewlekłego zapalenia spojówki i rogówki, czy też nowotwór złośliwy (gruźlica albo toczeń?). Wyłuszczenie gałki wraz z wycięciem spojówki powiekowéj.

Skréślił Dr. Alf. Ign. Laskiewicz-Friedensfeld we Wiedniu.

(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 1.)

Ażeby się przekonać, czy cierpienie choréj jest w saméj rzeczy przybłoniakiem, wycięto za pomocą szczypczyków i nożyczek jeden guziczek spojówki gałkowéj i zbadano go pod drobnowidem. Jeden z asystentów prof. Heschla rozpoznał przybłoniak, a jeden z asystentów prof. Arlta potwierdził to rozpoznanie. Dokładniejsze jednak badanie całego oka na cieniutkich skrawkach późniéj wykonane dowiodło, jak to niżéj wspomnę, mylności tego rozpoznania i wyjaśniło dostatecznie, jakim sposobem mogło zajść tak znaczne nieporozumienie i sprzeczność zdań. Widząc swe zdanie popartém przez wynik badania drobnowidowego prowizorycznego, postanowił prof. Arlt wyłuszczyć gałkę i wyciąć wszystko, co ma podobieństwo do raka. Wyłuszczenie gałki było nie tylko koniecznem w obec rozpoznania tak niebezpiecznéj choroby, ale

i usprawiedliwionêm przez to, że chora już poczucia światła nie miała*).

I tak więc wykonano 13go maja operacyję. Po znieczuleniu choréj chloroformem wyłuszczył prof. Arlt gałkę prawą, wyciąwszy wraz ze spojówką gałkową spojówkę dolnéj powieki i fałdę półksiężycową, przeistoczoną w masę nieforemną, soczystą, wybujałą. Po zatamowaniu krwotoku wodą lodową wypełniono jamę oczodołu czopkami skubanki, namoczonéj w roczczynie kw. karbolowego; jamę oczodołu kilka razy na dzień wypłókiwano roczczynem nadmanganianu potasowego, a skubankę często odnawiano. 24go maja, gdy ściany jamy oczodołowéj prawidłową tkanką brodawkującą wyścielone były, a wydzielina znacznie się zmniejszyła, opuściła chora szpital, jako wyleczona; oko było jeszcze opatrzone opaską.

Włożone podczas operacyi do płynu Müllera gałka i kawałki spojówki, po kilku miesiącach stwardniałe, wymyto i przeniosłszy do wyskoku przecięto w kierunku prostopadłym do powierzchni, a gałkę w kierunkach południkowych; skrawki te zabarwione karminem i hematoksylinem zbadane zostały w żywicy damarowéj przez prof. Sattlera i przezemnie. Przedewszystkiém można było natychmiast się przekonać, że nowotwór rozlany wzdłuż spojówki i rogówki, zajmujący miejsce prawidłowéj ich tkanki, nie był przybłoniakiem, lecz należał do działu nowotworów ziarninowych. Spojówka, przeważnie dolna część spojówki gałkowéj, również jak i dolna część rogówki, znacznie była zgrubiałą w skutek surowiczego i drobnokomórkowego nacieku, który w okolicy wrzodu rogówki największą okazywał grubość i zbitość; w tym miejscu prawie cała rogówka przesiąkniętą była owym naciekiem, podczas gdy część rogówki zajętą była cienką warstwą tkanki ziarnistéj, przedstawiającą na pozór obraz łuszczki, która w têm miejscu jednak trzecią część istoty właściwéj rogówki usunęła. Za podścielisko dla drobnych, gdzieniegdzie większych komórek okrągłych o dużych jądrach, z których naciek ów się składał, służyła tkanina siatkowata; blizko załamku zachowane były jeszcze włókna łączne, cienkie i równoległe spojówki prawidłowéj: w części średniéj komórki nowotworu połączone były między sobą masą bezkształtną; miejscami dały się jednak widzieć wstęgi komórek wrzecionowatych, najczęściéj otaczając naczynia. Przybłonek bujał nieznacznie na powierzchni nowotworu, wysyłając w głąb tkanki wypustki, które nawet dość głęboko sięgały i dzieliły się na dwie gałązki; w innych częściach widać było zanik przybłonka płaskiego, a w jednêm miejscu nie było go wcale; wrzód ten, pokryty masą drobnoziarnistą, cząstkami komórek i ciałek krwi, był jednak w istocie daleko mniejszym, niż oku nieuzbrojonemu być się zdawał. Nowotwór był zaopatrzony w mnóstwo naczyń dość szérokich i napełnionych czerwonemi ciałkami krwi; naczynia te wysyłają aż do samych powierzchownych warstw wypustki o ściankach cienkich, tak iż komórki przybłonka prawie bezpośrednio dotykają się ich ścian.

W tkance ziarninowéj nowotworu, niedaleko od powierzchni znaleziono drobniutkie, okrągłe i świeże gruzełki prosówkowe (*Miliartuberkel*), mniéj więcéj ostro odgraniczone, czasem nawet zaopatrzone w pewien rodzaj opony, składającéj się z włókien dośrodkowych i komórek wrzecionowatych. Świéżości tych gruzełków dowodzi obecność komórek olbrzymich, po jednéj lub po kilka nieco mniejszych komórek wielojądrowych, łączących się wypustkami między sobą; w pierwocinie drobnoziarnistéj tych ciałek tu i owdzie widać okrągłe i podłużne jameczki, a w zewnętrznéj warstwie mnóstwo promienisto położonych podłużnych, pęcherzykowatych, nieco spłaszczonych jąder z długiém jąderkiem albo z kilku mniejszemi ziarnami lub kropeczkami. Tylko mało było gruzełków, których wnętrze składało się z zapadniętych komórek olbrzymich i masy zsérowaciałéj, t. j. z nieregularnych bryłeczek, kropeczek i ziarn barwy żółtawéj. Komórki olbrzymie otoczone były w niektórych gruzełkach dobrze przechowanemi komórkami nabłonkowemi: zewnętrzna zaś część gruzełka składała się z komórek drobnych okrągłych i z jąderek. Nie tylko część dolna rogówki przeistoczona w nowotwór, ale nawet i górna połowa tejże była siedzibą gruzełków, po części powierzchownie i po kilka razem umieszczonych. W górnéj połowie rogówki błonka przednia bezkształtowa Bowmanna była zachowaną w postaci błyszczącéj, dość grubéj błony, o powierzchni falistéj, nierównéj; po nad tą błoną widać było naciek komórek wypocinowych i nowoutworzone naczynia (*Pannus*); nawet i pod błonką Bowmanna znać było komórki okrągłe i drobne naczynia, jako też i między pęczkami włókien rogówki aż do głębszych warstw tejże. W dolnéj połowie rogówki nie było już warstwy Bowmanna, naciek komórkowy przeciekał prawie wszystkie warstwy; błona Descemeta odłączona w téj części od rogówki zwiniętą była w kłębek, jak zazwyczaj w garbiakach widzimy. Na powierzchni tylnéj rogówki również i tęczówki około brzegu źrenicznego tejże znajdowały się odosobione guziczki, składające się z komórek o-

---

*) Chociaż niemieccy a bardziéj jeszcze angielscy oftalmologowie często bardzo wyłuszczają gałki bądź ociemniałe, bądź takie, które w skutek jaskry, zapalenia jagodówki, wskutek nowotworu lub ciała obcego wewnątrz gałki z pewnością lub prawdopodobnie mają ociemnieć i ulédz zanikowi, a przeto stać się przyczyną zapalenia współczulnego oka drugiego, to jednak trzyma się Arlt (Gräfe-Sämisch', *Operationslehre* v. prof. Arlt, pag. 419) całkiem innéj zasady; według niego dużo już öcz wyłuszczono całkiem niepotrzebnie, często bowiem zalecono tę operacyję w przypadkach, w których ślepota nie nastąpiła i nie było cierpienia współczulnego. Arlt wyłuszcza gałki i radzi wykonywać operacyję tę tylko wtenczas, gdy chory całkiem już poczucie światła stracił i już pojawiły się zwiastuny cierpienia współczulnego: światłowstręt, zamglenie, utrudniona akomodacyja, drażliwość oka, oraz bolesność gałki ociemniałéj. Nawet i w nowotworach, jeśli one nie wychodzą od nerwu wzrokowego, nie dochodzą do niego i nie sięgają po za ścianę gałki, któréj ruchomość żadnéj nie okazuje zmiany, nie zaszkodzi wstrzymać się z operacyją. ponieważ sam chory np. dopiéro wtenczas się na nią zgadza, gdy wzrok utracił lub innych doznaje dolegliwości; ciała obce, okrągłe, lekkie i drobne zostają w ciałku szklistém przez dłuższy czas otorbione; w soczewce mogą nawet i kawałki kruszcu pozostać bez zadrażnienia oka, wywołując czasem tylko częściowe zaćmy; kawałeczki kruszcu, mianowicie żelaza, w komórce przedniéj mogą się zmniejszać, nawet być wsysane przez utlenienie i inne zmiany chemiczne. Ze względu kosmetycznego wyłuszcza Arlt gałki ociemniałe, zanikłe lub ze zmianami garbiaka rogówki i twardówki, oraz jaskry następowéj. Gdy nie było śladów zapalenia spółczulnego jagodówki drugiego oka, widzieli niektórzy początki cierpienia spółczulnego nerwu wzrokowego po wyłuszczeniu, w skutek niby rozszérzenia się zapalenia tkanki łącznéj około nerwu wzrokowego wyłuszczonéj gałki aż do podstawy mózgu, a ztąd przechodzącego na opony drugiego n. wzrokowego. Więc nie należy bez koniecznéj potrzeby wykonywać téj operacyi. I przeciwnie nawet po wyłuszczeniu gałki ociemniałéj, ale bolesnéj przy pojawieniu się pierwszych zwiastunów cierpienia spółczulnego, nie można czasem zapalenia tego powstrzymać, i byłem kilka razy świadkiem, jak przez spóźnione wyłuszczenie tracili chorzy i drugie oko. Jeżeli przypadek, o którym mowa, był tylko zapaleniem przewlekłém śluzotokowém spojówki i rogówki, jak to niektórzy sądzili, wyłuszczenie nie było potrzebnêm.

krągłych. W komórce przedniéj wypocina drobnoziarnista i ropna, obok niéj wybity kłębek masy włóknikowéj, przylegającéj do rogówki i tęczówki. Część brzegu źrenicznego tęczówki, wypadła przez otwór rogówki nie tylko była z nią zrośniętą, ale i sama w nowotwór przeistoczoną, barwik tęczówki w postaci komórek, bryłeczek i ziarn barwikowych na znacznéj przestrzeni rozsiany w tkance nowotworu. Zresztą tęczówka była nieco surowiczo nasiąkniętą, z niewielu komórkami wędrującemi; naczynia jéj nastrzyknięte. Takież zmiany okazywało i ciałko rzęskowe; w niektórych miejscach znajdowały się wynaczynienia w tęczówce, w ciałku rzęskowém, najbardziéj zaś wzdłuż przetworów nadnaczyniówkowych. Wynaczynienia te powstały z pewnością za życia w skutek utrudnionego krwi odpływu przez żyły rzęskowe przednie. W nowotworze rogówki i spojówki jako téż i pod spojówką były miejscami także wynaczynionki, z których niektóre pochodziły z przekrwienia, a nie z operacyi, czego dowodzą złogi ziarn hematoidynu. W niektórych miejscach dochodziły wynaczynienia znacznéj wielkości, przedstawiając jakoby jamki, krwią napełnione. W tkance podspojówkowéj gruzełki prosówkowe pomiędzy całkiem prawidłowemi włóknami. Nawet i zewnętrzna warstwa twardówki była nieco uszkodzoną i zamienioną w tkankę ziarninową, zjawisko właściwe tylko nowotworom. Naciek drobnokomórkowy sięgał głęboko aż do pochewki Tenona i ścięgien mięśni gałkowych. Komórki olbrzymie, otoczone gęstym naciekiem drobnokomórkowym, znajdowały się w największéj ilości w części spojówki gałkowéj, jakoteż i we fałdzie półksiężycowéj, miały postać kulistą lub jajkowatą i bardzo mało wypustek. W niektórych gruzełkach znajdowały się komórki wielojądrowe, nieco mniejsze, o nieregularnéj postaci, łączące się między sobą wypustkami*).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. S. Samuel (w Królewcu): **Handbuch der allgemeinen Pathologie als pathologische Physiologie** I. u. II Abth. Allgemeine Noselogie, Störungen der Blut-und Säftecirculation, Stuttgart, Ferd. Enke 1877 8 maj str. 210, 4·80 m.

Prof. Dr. J. Cohnheim (w Wrocławiu): **Vorlesungen über allgemeine Pathologie.** Ein Handbuch für Aerzte und Studirende. I Band. Berlin. August Hirschwald 1877, 8 maj str. str. 691. 17 marek.

Prof. Dr. M. Perls (w Giessen): **Lehrbuch der allgemeinen Pathologie für Studierende und Ärzte.** I Theil, Allgemeine pathologische Anatomie und Pathogenese mit 124 Holzschnitten. Stuttgart. Ferd. Enke 1877 8 maj, str. 508. 14 marek.

Prof. Dr. Stricker: **Vorlesungen über allgemeine und experimentelle Pathologie** II Abtheil. Wien. 1877, W. Braumüller. Sprawozdanie Dra B. Lutostańskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

W drugim dziale traktującym o zboczeniach ustrojowych według fizyjologicznych przenośników zboczenia S. zastanawia się nad rozmaitemi zboczeniami krążenia krwi, czynnościowemi zboczeniami serca i nerwów naczyniowych, zboczeniami tętna, nad krwotokami, niedokrewnością, przekrwieniami, zakrzepnicą (*thrombosis*) i zatorem (*embolia*). Daléj następuje opis zboczeń w prądach rozmaitych soków, występowania prądów miąższowych i wydzielniczych, zboczeń wnikania soków do krwi, wreszcie zboczeń w krążeniu lipkowicy (limfy). Sprawa zapalna i zgorzelina kończą ten rozdział.

W opisie tych zboczeń autor podaje najprzód ogólne pojęcie i określenie każdego zboczenia, następnie jego powstawanie i przebieg, wreszcie skutki, przypady i zejście każdego zboczenia. Na szczególną uwagę zasługują ustępy traktujące o zboczeniach czynności nerwów naczyniowych, o zboczeniach w strumieniu rozmaitych soków, szczególnie zaś ustęp o zapaleniu znakomicie opracowany.

Opiérając się na zdobyczach anatomii i chemii patologicznéj, przedewszystkiém zaś na doświadczeniu, wyłącznie zastosowaném do celów patologii, autor wraz z Virchowem uważa patologiję fizyjologiczną jako naukę samoistną, wyłącznie teoretyczną, która ma na celu przez spojenie ajtyjologii, patogenezy i patologii, wykrycie praw dla chorobowego życia, to jest utworzenie patonomii, przez co spełnić ona może najwyższe zadania, właściwe każdéj umiejętności przyrodniczéj. Według tego zapatrywania autora patologija ogólna jest umiejętnością przyrodniczą zajmującą się badaniem praw chorobowych zboczeń ludzkiego ustroju.

Te są główne zasady, które kierują autorem w traktowaniu przedmiotu, przyczém jednak S. przyznaje, że ogólna patologija dotychczas zaledwie spełniła najprostsze zadanie, właściwe każdéj umiejętności ścisłéj.

Druga część roztrząsanego przez nas dzieła, równie obszerna i zajmująca jak i pierwsza, rozpoczyna się od najważniejszéj może a zarazem najtrudniejszéj gałęzi patologii, ogólnéj patologii krwi, w któréj odźwierciadlają się wszelkie zboczenia przemiany materyi. Autor kładzie nacisk na zależność ilości i mięszaniny krwi od stosunków krążenia tejże, w skutek czego wszystkie fizyjologiczne zboczenia krwi są przechodniéj natury i szybko bardzo się wyrównywają. S. nie przypuszcza samoistnych i wyłącznych chorób krwi, jak to dawniéj miało miejsce, kiedy krew uważano za pewną daną całość.

Po skreśleniu najważniejszych postaci wielokrewności niedostatku i wymorzenia ogółu krwi, oraz przedstawienia ich skutków na życie ustroju, wreszcie wpływu istotnych składników krwi na jéj jakość i ilość, autor przystępuje do skréślenia zboczeń szczegółowych składników krwi. Ustęp ten odznaczający się niezwykłą jasnością wykładu w ogóle, zwłaszcza téż licznych spornych spraw w dziedzinie hematologii, kończy autor wykładem o gromadzeniu się we krwi wydzielin i wydalin, będących przyczyną mocznicy, amonicy, żółcicy i skażenia krwi kwasem moczowym.

W ogólnéj termopatologii S. po przedstawieniu miejscowych zboczeń ciepłoty roztrząsa następnie podwyższanie się ciepła ustrojowego (rozgrzanie ustroju) oraz zmniejszanie się tegoż czyli oziębianie organizmu. W ustępie więc tym roz-

*) Nie mogę się zgodzić z Sattlerem, który na ostatnim zjeździe oftalmologów w Heidelbergu krótką o tym przypadku uczynił wzmiankę i zapewniał, jakoby żadnego prawie owrzodzenia spojówki lub rogówki nie było. S. opisuje jasne guziczki, które w postaci gronek połączone widać było w spojówce gałkowéj i w rogówce przed wyłuszczeniem gałki; guziczki takie, mniéj lub więcéj przeźroczyste, żółtawe lub szare nie są rzadkiém zjawiskiem w sprawach zapalnych spojówki; gruzełkami prosówkowemi one być w żaden sposób nie mogły, gdyż gruzełki bardzo drobne ledwo oko uzbrojone zdoła rozpoznać w cieniutkich skrawkach zabarwionych; guziczki owe mogły tylko odpowiadać gromadom kilku gruzełków, które nie mając naczyń jasnej musiały być barwy.

trząsa autor naukę o gorączce, przyczém opiéra się przeważnie na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach przedstawionych w swojéj rozprawie *„Die Entstehung der Eigenwärme und des Fiebers."*

W wykładzie o gorączce S. zdradza wielki dar przedstawiania najzawikłańszych stosunków w sposób krytyczny a zarazem przystępny i kończący go poglądem na istotę gorączki nie będącéj ani etyjologiczną ani też symptomatyczną całością. Do ustępu tego dołącza następnie zwięzłą naukę o zaziębieniu.

Wreszcie ogólną neuropatologiję rozpoczyna autor bardzo udatnym poglądem na zboczenia pierwotnéj czynności nerwowéj, poczém roztrząsa zboczenia czucia, ruchu, zboczenia umysłowe, nerwice naczyniowe i odżywcze, tudzież zboczenia ośrodków nerwowych.

Wzmiankowane zasady, tudzież ożywcza myśl spółczesnego przyrodnictwa wszędzie przebija się z wykładu Samuela, odznaczającego się nadzwyczajną zwięzłością i ścisłością a z drugiéj strony dziwną prostotą i jasnością. Autor w mowie będącego dzieła uwzględnia przy każdéj sposobności najnowsze prace w taki sposób, iż dzieło to uważać można za ostatni wyraz spółczesnéj umiejętności. S. posiada szczególny dar oprowadzania czytelnika po obszarze wiedzy, po utorowanych ścieżkach, z całą swobodą, w skutek czego po przeczytaniu téj książki nie czuje się najmniejszego znużenia, ale raczéj doznaje się przyjemnego uczucia skrzepienia myśli, w skutek rozjaśnienia lub usunięcia wielu wątpliwości.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

Buchwald: **Pismo zwierciadłowe u cierpiących na chorobę mózgową.**

Ponieważ u ludzi cierpiących na porażenie prawéj połowy ciała występuje tak afazyja jak i agrafija, jednak oba te zboczenia w stopniu nie jednakim, więc badanie pisma może mieć wielkie znaczenie, zwłaszcza wtedy, jeżeli przy zupełnéj utracie mowy rozchodzi się o sprawdzenie stopnia pojętności chorego. Otóż autor w trzech przypadkach, spostrzeganych w klinice prof. Biermera i na oddziale Dra Bergera przekonał się, że chorzy tacy, którym ręka prawa niedopisuje, piszą ręką lewą od strony prawéj ku lewéj; na pierwszy rzut oka pismo to zdaje się być całkiem niezrozumiałém; jeżeli je atoli trzymamy przed zwierciadłem, to przez odźwierciedlenie staje się podobném do pisma zwykłego, ztąd nazwa: pisma zwierciadłowego. Rozumie się samo przez się, że stósownie do większego stopnia afazyi nawet i w piśmie zwierciadłowém agrafija się uwydatnia. — Ponieważ chorzy ci pomimo zwrócenia im uwagi i przedłożenia wzorów bardzo niezgrabnie naśladowali pismo zwykłe a po chwili znów zaczęli pisać od prawéj ku lewéj, B. badał innych chorych na porażenie połowicze prawe i przekonał się, że nie wszyscy chorzy, zwłaszcza jeżeli porażenie i afazyja były mniéj znaczne i szybko ustępowały, zmuszeni są pisywać w ten sposób; śledząc zaś za przyczyną tego uderzającego zjawiska badał ludzi zdrowych, zwłaszcza dzieci i wyrostków i doszedł do wniosku, że u wielu ludzi zdrowych, zwłaszcza u dzieci, istnieje skłonność do pisania zwierciadłowego ręką lewą, i że u osób do takich ruchów usposobionych potrzeba wprawy i uwagi pewnéj do zwalczenia téj skłonności. Tak samo ma się rzecz u porażonych; wielką u nich rolę odgrywają: uwaga i stopień pojętności, dlatego Berger zjawiska tego nie spostrzegał u pewnéj liczby chorych, należących do lepszych warstw społeczeństwa. — W każdym razie atoli spostrzeżenia te dowodzą, że u ludzi cierpiących na porażenie połowicze prawe nie zawsze istnieje agrafija, że u nich pismo zwierciadłowe zastępuje miejsce pisma zwykłego, i że za pomocą tego pisma można nabyć wyobrażenia o czynnościach psychicznych chorego. *(Berliner klin. Woch.* 1878 Nr. 1). *L. B.*

Volkmann: **Przypadek ostrego krwawego zawału jądra z następową zgorzeliną tegoż.**
Gurbski: **Krwawiak moszen i jąder.**

Obydwa te przypadki pojawiły się prawie równocześnie i są bardzo do siebie zbliżone, jakkolwiek nie zupełnie podobne, dlatego pozwalamy sobie obydwa razem tu zestawić. — W przypadku Volkmanna chłopak 15 letni zupełnie zdrowy doznał nagle bólów w podbrzuszu i mosznach, które na drugi dzień ograniczają się tylko do tych ostatnich. Znaczna gorączka i twardy obrzęk z bardzo niewyraźném i głębokiém chełbotaniem każą się domyślać zapalenia ropiastego w pochwie właściwéj jądra i zniewalają V. do głębokiego nacięcia, po uskutecznieniu którego jednak znaleziono w pochwie krew wynaczynioną płynną i jądro powiększone napęczniałe i sino zabarwione. Leczenie dalsze wyczekujące, oprawa Listra. Przypady groźne ustąpiły, rana goiła się wybornie. Po kilkunastu dniach wysunęło się z pomiędzy ziarniny czarniawe, skurczone suche ciało, którego badanie makro i mikroskopijne wykazało utkanie jądra, wśród którego znachodziło się dużo krwi wynaczynionéj. Z jednéj strony należy przypadek ten do rzadkości, z któremi lekarz się spotyka; z drugiéj zaś tłumaczy nam owo niedocieczone a w literaturze znane nagłe popadnięcie jądra w zgorzel.

W przypadku Gurbskiego powstał krwawiak moszen *(haematocele extra-et intravaginalis)* także samoistnie, bo tylko przy silném wykonaniu ruchu odnogą dolną, lecz ograniczył się on do pochwy jądra. Wprawdzie G. przypuszcza, że i w miąższu jądra musiała wylać się krew, lecz dowodów oprócz nieznacznego powiększenia jądra nie podaje. I w tym przypadku wykonano nacięcie z bardzo dobrym skutkiem. *(Berl. klin. Wochenschrft.* 1877, Nr. 53, i *Gazeta Lekarska* XXIII. 24). *A. O.*

Grünewaldt: **Małe przytuliska, lub wielkie zakłady porodowe?**

Z inicyjatywy gubernatora Trepowa i Dra Maydla istnieje w Petersburgu od 1869 r. 12 małych zakładów porodowych założonych w części przez osoby prywatne. Każden z tych zakładów urządzony na 4 łóżka, z których jedno jest porodowém, pozostaje pod opieką lekarza położnika. Do obsługi służą 2 akuszerki, kucharka, praczka i posługacz. Rozproszone po wszystkich częściach miasta w lokalach wynajętych, ciasnych nie odpowiadających warunkom zakładu leczniczego, ze złą wentylacyją, źle urządzonemi wychodkami, a zakłady niekiedy w pobliżu samém dołów kloacznych.

Przypatrzmy się jednak wynikom leczenia: Od roku 1869 do 1 lipca 1877 rodziło w tych małych zakładach bezpłatnie 10,400 kobiet z śmiertelnością ogólną 0,99%, podczas gdy w 3ch wielkich petersburskich zakładach porodowych w tym samym czasie śmiertelność wynosiła 2,04%, 2,6% i 4%.

Koszta utrzymania przy średniéj ilości dni 9 pozostania w zakładzie wynoszą na jednę chorą 15 rubli, podczas gdy

w zakładach porodowych wielkich jedna kosztuje 25, 25 i 35 rubli, czyli, że za pieniądze, które wielkie zakłady wydają na utrzymanie 3000 chorych, mogłoby się leczyć 6000 kobiet w azylach a za to zamiast 90 umarłoby 30.

W obec tych tak ponętnych względów trzeba przecząco odpowiedzieć na pytanie, czy jeden zakład porodowy jeszcze na 1500 położnic w Petersburgu jest potrzebnym, a zarazem przyznać, że utworzenie małych zakładów porodowych stanowi prawdziwy postęp w rozwoju środków służących do pielęgnowania rodzących i położnic w wielkich miastach.

Uwzględniwszy jednak najprzód, że ilość dni pobytu chorych w azylach trwa 6 — 7 dni, to okoliczność tę musimy już uważać jako stanowczo zmniejszającą ich procent śmiertelności. Słusznie bowiem radzą Duncan i Winckel zaliczać każden przypadek śmierci w piérwszym miesiącu po porodzie do śmiertelności w połogu, która wypadnie zawsze większą tam, gdzie położnice dłużéj bywają zatrzymywane. Niejedna bowiem położnica opuściwszy azyl może zachorować i umrzeć nie obciążając cyfry śmiertelności. Daléj idąc namienić trzeba, że przy pojawieniu się spraw połogowych mogą takowym w azylach najwięcéj 3 położnice uledz, lub być przeniesionemi, poczém przez dłuższy czas zakład ściśléj bywa poddany dezinfekcyi. Wreszcie wolno przełożonym przytulisk nie przyjmować przypadków operacyjnych i takowe odsełać do większych zakładów, co jednak rzadko się dzieje.

Uznając zatem wielkie i wielostronne korzyści, jakie azyle przynoszą, nie można jednak powątpiewać, aby zasady te same, które tak świetny tamże wieńczy skutek, nie mogły być zastósowane w wielkich zakładach porodowych. Pożyteczność wielkich zakładów porodowych jako szkoły dla wielu pokoleń położników jest wielkiéj doniosłości; a jakkolwiek i w małych azylach porodowych nie ginie cicha praca klinicysty, to jednak zawsze większą wartość mieć będzie praca połączona z materyjałem wielkich zakładów porodowych. Dlatego też jesteśmy przekonani, że dopóki istnieć będą dobrze prowadzone zakłady porodowe, w których wiedza fachowa i energija przełożonego zapewni najlepsze dotychczas możebne wyniki, dopóty nikt nie przyłączy się do głosu „precz z zakładami porodowemi“. *(Volkmanns Samml. klin. Vorträge Nr. 123.)*

W. B . . . . . i.

Prof. Hebra w Wiedniu: **Przyczynek do terapii trądzika rumianego** *(acne rosacea).*

Autor użył w ciągu lat ostatnich do leczenia tego cierpienia skóry, sprowadzającego częstokroć przykre oszpecenie twarzy, szczególniéj zaś nosa, metody chirurgicznéj, która pod wielu względami na zaszczytną zasługuje wzmiankę, bo leczy bez wątpienia *cito et tuto*, lubo niekoniecznie *jucunde*. Celem zabiegów terapeutycznych w tém cierpieniu jest zniszczenie lub sprowadzenie zaniku naczyń rozszérzonych, przebiegających w skórze twarzy i usunięcie tak ropy z zapalonych gruczołków łojowych, jakotéż guzków wystających po nad gładką powierzchnię skóry.

Do dopełnienia pierwszego wskazania służy mocna igła na kształt cienkiego trójgrańca opatrzona przy podstawie wystającą krawędzią, która niedopuszcza zbyt głębokiego wnikania w skórę. Chorego sadza się na niskiém karle, głowę jego opiéra się dobrze o poręcz, a stanąwszy po za chorym i napiąwszy ręką lewą skórę z porozszérzanemi naczyniami, nakłówa się ją wspomnianą igiełką szybko w kierunku prostopadłym postępując za przebiegiem naczyńka od dołu ku górze. Krwotok zazwyczaj nieznaczny tamuje się łatwo gałkami ze skubanki lub waty salicylowéj, w końcu przytwierdza się ją z pomocą zwykłego przylepca i pozostawia przez 24 godzin w pokoju. Jeżeli ropienia nie ma, opatrunek powinien być i następnie suchy, a jeżeli ropienie się pojawi, zaleca się maść zawiérającą przetwór ołowiu. Jeżeli nie nastąpił pożądany zanik naczyń włosowatych skóry, należy rękoczyn powyższy powtórzyć.

W celu usuwania guzków trądzikowych, miejsc naciekowych skóry, powierzchownych kędzierzaków *(Teleangiectasia)*, zaleca autor bardzo skrobaczki Volkmanna, które mu wielokrotnie nader cenne oddawały przysługi. Skrobaczki takie mają postać małéj łyżeczki, o brzegach ostrych, a nieraz są wydłużone na kształt dzióba i z boku osadzone.

(Narzędzia te tak proste nadają się bardzo celem usuwania nowotworów skórnych, jako to tocznia, raków przybłonkowych w zawiązku lub niezbyt jeszcze wybujałych, i dla tego téż na klinice prof. Rosnera ze skutkiem nader pomyślnym w codziennym niemal znajdują się użytku. *Przyp. sprawozdawcy.*)

Należy atoli wyskrobać sumiennie wszystko chorobowe aż do tkanki zdrowéj, która stawia silny opór narzędziu. Przy usuwaniu powierzchownych kędzierzaków lub trądziku udaje się tylko zeskrobanie przyskórka, jednakowoż ropienie następowe zwłaszcza po kilkakrotném użyciu skrobaczki sprowadza wynik pożądany skutkiem zaniku małych naczyniek skóry.

Jeżeli nos, jak w ostatnim przypadku opisanym przez Hebrę, ulegnie spotwornieniu skutkiem jednostajnego przerostu skóry, to należy wówczas użyć zabiegów operacyjnych należących już do dziedziny chirurgii t. j. za pomocą noża wyciąć odpowiednie kawałki skóry w całéj jéj grubości i utworzyć nos kształtów i rozmiarów prawidłowych.

W ogóle jak we wszystkich gałęziach medycyny tak w dermatologii leczenie chirurgiczne coraz szerszy sobie zdobywa zakres, a pomyślne jego wyniki zachęcają do dalszych usiłowań i zbawiennych doświadczeń na tém polu. *(W. med. Woch. 1878, Nr. 1.)*

Dr. Obtułowicz.

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O ujściu krwi z pępowiny.**

W wykładzie mianym d. 5 grudnia r. z. w stowarzyszeniu lekarzy dolno-austr. H. konstatuje nasamprzód, że u zwiérząt nie podwięzuje się pępowiny, a jednak śmierć z ujścia krwi co najwięcéj tylko wyjątkowo się zdarza, że Schultze i Wolfart u nowonarodzonych dzieci umyślnie nie podwięzywali pępowin a mimo to nie widzieli krwawienia niebezpiecznego, że zdanie Hohla i Schrödera, jako ujście krwi łatwo nastąpić może, jeżeli pępowina została przeciętą, a nie oderwaną, a podwiązania jéj zaniechano, nie znajduje poparcia w doświadczeniu sądowo-lekarskiém, a w szczególności ani Casper, ani wykładający nie widzieli ani jednego przypadku, w którymby śmierć z ujścia krwi skutkiem niepodwiązania pępowiny u dzieci tajemnie rodzonych rozpoznali, lub rozpoznanie to uzasadnić mogli. Z tém wszystkiém Casper wspomina o 3 przypadkach, w których w praktyce prywatnéj widział u noworodków w 2—6 godzin po urodzeniu się ujście krwi, gdy pętle założone na pępowiny zesunęły się były. Gdy więc ujście krwi jest przecież możebném, H. zastanawia się nad przyczynami, dla których ono zazwyczaj nie następuje a kiedy nastąpić może.

Z dwóch przyczyn ustaje krwotok z przeciętéj pępowiny: z powodu obniżenia się ciśnienia w aorcie brzusznéj i

z powodu energicznego ściągania się tętnic pępkowych. — Na obniżenie się ciśnienia wiele składa się okoliczności: 1) rozwinięcie się obiegu mniejszego; 2) ciśnienie w ogóle u noworodków mniejsze, — (a przyczyną czego wątłość ustroju oraz brak przewagi ścian komórki lewéj nad ścianami prawéj), — 3) długość tętnic pępkowych, odejście ich od tętnicy podpępkowéj pod kątem ostrym, naciąganie ich przez ściany brzuszne wysklepiające się śród wdychania. Energiczne zaś ściąganie się tętnic pępkowych jest wynikiem ich szczególnéj budowy. Jak bowiem wykazał Strawiński, a czego dowodzą i preparaty przez H. przedłożone, błona środkowa tych tętnic jest grubą i składa się z włókien mięsnych podłużnych i okrężnych, że włókna podłużne w zwrotach krętych przebiegające wnikają we włókna okrężne, że więc bieg kręty całéj pępowiny pozostaje w związku z tym przebiegiem włókien podłużnych, których przeznaczeniem jest skracać światło naczynia i układać ścianę wewnętrzną jego w fałdy podłużne i skośne, skutkiem czego światło naczynia o wiele pewniéj zamkniętém zostaje, aniżeli przez samo ściąganie się włókien okrężnych.

H. przekonał się doświadczalnie, że tętnice pępkowe nie ściągają się bezpośrednio po urodzeniu się dziecięcia w całéj swéj długości tak zewnątrz, jako i wewnątrz brzucha, lecz że ściąganie się następuje dośrodkowo, że więc część śródbrzuszna tętnic nierównie późniéj przestaje tętnieć i prowadzić krew, aniżeli część zewnętrzna, i przypuszcza, że powietrze atmosf. działa jako podnieta pobudzająca naczynia w pępowinie do ściągania się i w tym stanie je utrzymująca. Okoliczność ta zdaniem H. jest bardzo ważną, bo świadczy, że w pierwszym czasie po porodzie tylko ściąganie się tętnic w pępowinie znajdujących się niedopuszcza krwotoku; jeżeli zaś ściąganie się to z jakichkolwiek przyczyn staje się słabszém, wtedy krwotok niebezpieczny nastąpić może, skoro część śródbrzuszna tętnic jeszcze przez kilka godzin po urodzeniu się dziecięcia jest krwiopełną. Kurczliwość tętnic pępowinowych może być niedostateczną u płodów słabych, niedojrzałych, źle odżywionych, lub stać się nią w pewien czas po porodzie. Ztąd to może pochodzi, że najczęściéj ujście krwi z pępowiny następowało w kilka godzin po porodzie, że łatwo nastąpić może z pępowiny tuż przy pępku odciętéj, ponieważ wtedy koniec wolny tętnic sąsiaduje z krwią obiegającą jeszcze, a krwotoki byłyby zapewne częstszemi, gdyby pępowiny nie ulegały rychło wyschnięciu. Niebezpieczeństwo ujścia krwi z pępowiny niepodwiązanéj istnieje u dzieci rodzących się w stanie zamartwicy, ponieważ u nich ciśnienie krwi jest większém z powodu, że obieg mniejszy nie rozwija się również w przeszkodach w oddychaniu i t. d. — Z tych powodów H. uważa podwiązanie pępowiny przecież za wskazane, a lekarzom sądowym zwraca uwagę na możebność, jakkolwiek wyjątkową, krwotoku śmiertelnego z pępowiny nie podwiązanéj. *(Mittheil. d. Vereins d. Aerzte in N. Oestr.* 1878 Nr. 1.) *L. B.*

Wolff: **Otrucie dynamitem.**

Małżonkowie nad 60 lat liczący, po użyciu zupy (na wieczór) i kawy, która zdawała mu się być bardzo gorzką (następnego poranku), zachorowali wśród wymiotów, kolek, bólu głowy i krwawego stolca i umarli w przeciągu dni trzech. Sekcyja wykazała u obojga silne, ostre zapalenie przewodu pokarmowego, oraz przekrwienie mózgu i płuc. W pomieszkaniu obwinionych o otrucie sąsiadów znaleziono 3 patrony dynamitowe nietknięte, podczas gdy z czwartéj brakowało 10 gram. Badanie chemiczne trzew wykazało obecność wolnego kwasu azotowego (głównéj części składowéj nitrogliceryny) i małą ilość arszeniku. Orzeczenie kolegijum lek. w Wrocławiu opiewało: śmierć z otrucia prawdopodobnie nitrogliceryną, w postaci dynamitu zadaną; arszenik zaś pochodzić może od zanieczyszczonych nim kwasów mineralnych do fabrykacyi nitrogliceryny użytych.

W badaniu chemicznem znawcy trzymali się wskazówki prof. Werbera we Fryburgu. Ponieważ gliceryna w małych ilościach jest ciałem obojętném i trudno wykazać się daje, więc badanie polega na wykazaniu kw. azotowego. Nitrogliceryna wyciąga się z tkanin organicznych za pomocą eteru lub chloroformu, a po wyparowaniu ostrożném dodaje się do kw. azotowego, wywięzującego się za pomocą SO_3 nieco aniliny, przez co powstaje zabarwienie purpurowe, które natychmiast przechodzi w zielone po dodaniu wody. Należy tylko użyć odczynników kw. azotowym niezanieczyszczonych.

(Ponieważ w danym przypadku otrucie miało nastąpić dynamitem, więc należało jeszcze szukać w żołądku za śladami ziemi wymoczkowéj, która napawana nitrogliceryną daje dynamit. Jestto trzeci z kolei przypadek otrucia dynamitem, w piśmiennictwie znany: pierwszy opisał Husemann, drugi Maschka (usiłowane otrucie). *Sprawozd.) (Viertelj. f. gerichtl. Med.* 1878. I, str. 1—18.) *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 6go grudnia 1877 r.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Kaczorowski przedstawił wyrób anatomiczny uklei krtaniowych, które będąc częścią układu włókniakowego *(fibroma)*, częścią brodawkowego *(papilloma)* wejście do krtani tuż nad więzami głosowemi w koło otaczały wałem, pozostawiającym w samym tylko środku wąską poprzeczną szczelinę, przez którą chory (od wielu lat bezgłośny) za życia raz z mniejszą raz z większą trudnością oddychał. Starzec 70letni opierał się długo stanowczo wszelkiemu rękoczynowi i dopiéro ostatecznie zezwolił na operacyję z warunkiem, ażeby jéj zgoła nie czuł.

Nadzwyczajna zresztą wrażliwość połyku, uniemożebniająca zapuszczenie do krtani jakiegokolwiek narzędzia, obok ustawicznéj trudności w oddychaniu, wymagała przed usunięciem nowotworów profilaktycznéj laryngotomii, do któréj ostatecznie przystąpić musiano z obawy, by chory, coraz bardziéj z bezdechu słabnący, nie skończył dla braku powietrza.

Podczas stósowania chloroformu, któremu się układ nerwowy chorego nadzwyczaj długo opierał, gdy z powodu wysoko występującéj kości mostkowéj dla zrobienia cięcia na szyi wypadało głowę chorego znacznie obniżyć i w tém obniżeniu czas niejaki utrzymać, nagle tętno stanęło i mimo szybkiego rozcięcia krtani i włożenia cewki, przez które skutkiem sztucznie rozbudzonego oddychania (za pomocą przyrządu indukcyjnego) powietrze dłuższy czas silnym prądem krążyło, ruch serca przywrócić się nie dał.

Zachodzi pytanie, czy w tym przypadku do śmierci nie przyczynił się obok chloroformu i chorobowych zmian w płucach i sercu, zastój krwi na podstawie mózgu, wywołany opuszczeniem głowy na dół, w którém to położeniu obecnie wiele operacyj się odbywa, gdzie chodzi o zapobieżenie krwotokom do gardła. Przy oględzinach bowiem pośmiertnych znaleziono bardzo mocne przekrwienie samego miąższu mózgowego, ogromną rozedmę płuc,

znaczne rozszérzenie prawego wielce wiotkiego serca. Wynikałoby stąd, że położenie z obwisłą głową przy operacyjach nie należy brać za rzecz zupełnie obojętną, mianowicie, gdzie nie masz pewności, że energija ruchu sercowego zdoła zapobiedz wytworzeniu się w mózgu biernego przekrwienia.

3) Dr. Kapuściński opowiada w krótkich słowach o bąblowcu wątroby, który z tego względu wielką budził ciekawość, iż z trzech torbieli bąblowcowych jeden przedziurawiwszy przeponę, łączył się z workiem sercowym; worek ten tak, jaktorbiele bąblowcowe, zawiérał smrodliwą płynną masę.

4) Dr. Zielewicz przytacza wyniki, do jakich doszedł przy kłykcinach płaskich, lecząc takowe przyżeganiem azotanem srébra i następném stósowaniem laseczki z zynku metalicznego. Środka tego stósował dotychczas u dwojga dzieci kiłowych, u których przy powyższém leczeniu już po kilku dniach ustępowały kłykciny. Zebrani nie godzą się na tego rodzaju leczenie kłykcin płaskich utrzymując, że przedewszystkiém trzeba leczyć wewnętrznie ogólną kiłę, któréj objawami tylko są kłykciny płaskie, i że leczenie takowych miejscowe jest rzeczą obojętną.

5) Dr. Jerzykowski opowiada o pierwotném ograniczoném zapaleniu otrzewny skutkiem urazu, które niedawno spostrzegał u 28 letniego cieśli. Zapalenie ograniczało się głównie do prawéj strony podbrzusza, gdzie po trzech tygodniach przyszło do przebicia się ropy na zewnątrz. Chory wyzdrowiał zupełnie po 40 dniach choroby.

6) Następnie Dr. Kaczorowski przytoczył w krótkich wyrazach przypadek nadzwyczajnego wysilenia, które się zakończyło śmiercią. Silny i zdrowy mężczyzna podnosząc ciężką beczkę wysilił się tak mocno, że już dnia następnego zmarł. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono jelito rozdarte, a żadnych blizn, żadnych owrzodzeń. Jelito więc pękło skutkiem gwałtownego i zbyt silnego działania tłoczni brzusznéj.

7) Dla Walnego zebrania w grudniu ułożono porządek dzienny.

8) Nadto załatwiono drobne sprawy bieżące.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. St. Jerzykowski, sekretarz.

V. Skrajne kierunki w badaniach przyrodniczo-lekarskich ostatnich czasów.

I.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Pomimo, że Klebs przemawia w osobistéj sprawie utrzymuje on, że wykrył nowe sposoby odosobniania istot chorobotwórczych oraz, że jest na drodze rozstrzygnienia spornéj sprawy ożywionych zarazków; nie wątpi on także o praktycznéj doniosłości swéj teoryi. Pocieszając się daléj zwrotem opinii uczonych, którzy z początku wyśmiewali się z jego usiłowań a obecnie zaczynają przyznawać słuszność jego wywodom, Klebs kończy uwagą: „Ubolewać należy, że w téj walce przestarzałych i nowych pojęć cierpieć muszą jednostki; wzgląd ten jednak bynajmniéj nie odstrasza mnie. Nie odstąpię od méj teoryi i nie zaniecham jéj aż do czasu, gdy odpowiednie fakty nagromadzą się. W obec niedostateczności dawnych nauk dla praktycznych zadań medycyny, to jest dla leczenia chorób, przez co grozi ciągłe niebezpieczeństwo zdrowiu i życiu tysięcy ludzi, stworzenie podstaw dla przeobrażenia terapii uważam za święty obowiązek teoretyka.“

Czy pasorzytna teoryja Klebsa zreformuje lecznictwo, czas okaże. W każdym razie nie można do niego zastósować sławnego Schillerowskiego wyrażenia, „iż więcej kochamy prawdę, niż własne teoryje“.

Mojém zdaniem Klebs nie odparł zasadniczego zarzutu a z drugiéj strony i Virchow z tego sporu nie wyszedł zwycięzko. Doznał on porażki pod względem nieszczęśliwie wybranych przykładów pożyteczności teoryj, jak fotogramów siatkówki i ukąszenia żmiji jadowitéj. Bądź co bądź pasorzytna teoryja ma za sobą pewne prawdopodobieństwo; długich atoli potrzeba badań, zanim ostatecznie zostanie ustaloną. Tymczasem zastosować do niéj można słowa poety:

„Spät kommt ihr, doch ihr kommt,
Der weite Weg entschuldigt euer Saümen“.

Wreszcie Klebs w imieniu swojém i towarzyszy niedoli Haeckla i Nägelego, co wraz z nim „w jednych cierni chodzą koronie“, zarzuca Virchowowi wsteczniclwo, dodając złośliwie, że może ono popłacać w wychowaniu dzieci i polityce, o ile ma ona do czynienia ze staremi dziećmi, bynajmniéj zaś w życiu umiejętném pod hasłem wolności. Zarzut ten jednak nie dosięga Virchowa, który nie ganił wolności w badaniu lecz tylko nadużywanie tejże ze szkodą jéj saméj, a to przez poduszczanie przypuszczalnych lub możebnych doktryn do znaczenia dogmatu, w który wszyscy mają wierzyć pod grozą: Biada zwyciężonym!

Taka powściągliwość jest potrzebną w obec zamięszania i chaosu panującego w medycynie, gdzie każdy swe uczucia, każdy doświadczenia swe, odkrycia i teoryje ogłasza za bezwzględne prawdy, a krocie dzieł, broszur i dzienników przepełnionych spostrzeżeniami sypie się do kosza ofiarnego Eskulapa. Zaiste świątynia wiedzy lekarskiéj, jak ktoś zręcznie powiedział, staje się istném archiwum tureckiém.

Sapienti sat!

II.

Przejdźmy teraz do antypodów zasady przedwczesnéj dedukcyi, do skrajnéj indukcyi, do kierunku bałwochwalstwa faktów. Szczególniéj w kołach lekarskich spotykamy licznych zwolenników tego kierunku, który ma być według niektórych alfą i omegą wiedzy lekarskiéj. Powstał on za naszych czasów w skutek nadużyć spekulacyjnéj filozofii w dziedzinie medycyny. Uzasadniona reakcyja wyrodziła się w metodę niczém niepohamowanego gromadzenia faktów w nieskończoność. Na niéj to ma się wspierać owe hasło Nägelego: *Wir wissen und wir werden wissen.*

Adeptów owego kierunku znakomicie określa a zarazem karci znany Buckle. On za nas przeto mówić będzie. „Są ludzie którzy utrzymują, że wiedza składa się z faktów; że wszystko inne jest tylko gadaniną, teoryją, i że nic prócz faktów nie ma wartości dla wiedzy. Owi ludzie pojmują znaczenie faktów, lecz widocznie nie pojmują znaczenia ich wartości.... Fakty jako fakty nie mają żadnéj wartości. Jestto po prostu stos bez użytecznych gruzów“.

Daléj słusznie Buckle twierdzi, że wiedza składa się: z metody, umiejętności i sztuki. Otóż mojém zdaniem medycyna znajduje się na owym pierwszym stopniu rozwoju, na wysokości metody. I w rzeczy saméj nauka nasza zamienia się w słownictwo faktów, a cała wyższość nasza, mówiąc wraz z Liebigiem, nad dawnymi badaczami polega na większém bogactwie faktów i wiadomości, to jest na zwiększeniu materyjału dla pracy umysłowéj.

Nikt nie będzie przeczył, lecz raczéj podziwiać będzie zdobycze i zasługi w mowie będącéj metody dla wzrostu i rozwoju medycyny i przyrodnictwa. Lecz nikt również nie zaprzeczy, że skrajna indukcyja stworzyła niewolników metody, rzemieślników badania, który w zadziwiający sposób wykształciwszy technikę zaniedbali jednocześnie zdolności myślenia i wyrzekli się udziału wyobraźni w badaniach przyrodniczo-lekarskich. Na poparcie słów moich powołuję się na powagę

takich badaczy jak Liebig i Tyndall, Claude Bernard i Wundt. To zamykanie się w ciasném kole zdobywania faktów niewątpliwie ścieśnia umysł, zmuszony chodzić po wązkich i najczęściéj udeptanych ścieżkach.

Powiedziawszy to wypada nam jeszcze zastanowić się nad wynikami téj metody naszego poznawania.

Z gromadzenia zapasowego materyjału dla pracy myśli wynikła przedewszystkiém konieczność uszczuplania badania, specyjalizowania przedmiotów, co stało się za dni naszych znamieniem uczoności i głębokości sądu; że specyjalne badania wzbogacają z dniem każdym naszą wiedzę, nie ulega wątpliwości. Jednakowoż podział pracy w umiejętnościach przyrodniczo-lekarskich, ich rozstrzelenie się na składowe części, doprowadzony dziś został do takiego stopnia, że zaczyna nam grozić niebezpieczeństwo zatraty ogólnéj myśli w powodzi szczegółów. Jestto wybitny czarny punkt na horyzoncie umiejętności.

Specyjalizowanie przedmiotów badania doprowadziło nas następnie do godnéj potępienia jednostronności. Każdy ogranicza się do swojego przedmiotu, nie chcąc wiedzieć nie tylko o innych umiejętnościach zostających z nim w związku, ale nawet o macierzystéj umiejętności, któréj cząstkę stanowi przedmiot roztrząsany.

Tym sposobem „ci kochankowie wyłącznych tematów“ z pewnością nie doprowadzą swych oblubienic do wysokości organicznego rozwoju, która jedynie może być miarą godności umysłowéj.

Ztąd również wynika poniewierka wszelkich prac w innych zakresach badania przedsiębranych, z téj prostéj przyczyny, że nie pojmujemy ich znaczenia i wartości. Ten rodzaj specyjalistów *par excellence* cechuje się niezmierną pewnością siebie i wydawaniem wyroków zaocznych na biednych śmiertelników, pozostających po za okręgami ich widzenia. Cóż znaczy w obec nich wyznanie wielkiego Newtona: „W życiu byłem jak dziecię zbierające muszelki i kamyczki, gdy wielki ocean prawdy koło mnie płynął“.

A cóż dopiéro powiedzieć o braku wszelkiéj tolerancyi, zwłaszcza między lekarzami, wynikającym z niewolniczego służalstwa w pewnych okręgach badania. Dość nie mieć szczęścia używania przyjemności asystenta przy któréjkolwiek bądź katedrze lub szpitalu, aby za życia jak Dante przechodzić przez piekło. Lecz cóż z tego? Oto „Augur śmieje się z Augura“, szkoły lekarskie rozmaitych narodów nawzajem się lekceważą a trofea zwycięztw ducha i pracy nie bywają składane na wspólnym ołtarzu. Szydercze śmiechy, pogardliwe spojrzenia, lub lekceważące ruszanie ramionami czyż oznaczają prawdziwych badaczy? Czuć się też daje rozprzężenie w umiejętności lekarskiéj. Objawia się ono w codziennych cichych lub głośnych walkach o znaczenie ulubionych przedmiotów lub koników, na których wyjeżdżamy gracko dla popisu przed bijącą brawo publicznością. Tracimy też cywilizacyjny pierwiastek — myśl społeczną!

A przecież rozwój umiejętności przyrodniczo-lekarskich w ogóle jest możebny przy równoczesnym wzajemnym rozwoju każdéj z ich części, gdyż jedna na drugą napiera, a ta znów użycza drugiéj światła. Dla objaśnienia umyślnie wybieram porównanie z będącego w modzie Darwina: „W miarę jak człowiek, mówi on, cywilizuje się coraz bardziéj a drobne gminy i pokolenia zespalają się z sobą, tworząc coraz większe polityczne ciała, prosty rozum wskazuje każdemu, iż powinien rozszérzać swe popędy społeczne i swe sympatyje do wszystkich członków pewnego narodu, lubo osobiście nie zna ich i nie wchodzi z nimi w bliższe stosunki. A gdy już dotrze do tego narodowego uczucia, wówczas pozostaje mu tylko jeszcze jednę zawadę usunąć, aby rozszérzyć sympatyję ku wszystkim narodom i następnie rasom ludzkim“. Otóż obszar wiedzy ludzkiéj porównać można do zbioru wolnych samorządnych gmin, któremi są dla nas szczegółowe okręgi badania. Duch społeczny powinien je łączyć w bratni związek wspólności interesów ku wzajemnéj obronie. Narodem są w têm porównaniu szczegółowe części wiedzy ludzkiéj. Umiejętność lekarska jako jéj odłam powinna się więc łączyć ze swemi siostrzycami przez wzajemne poznanie a nie odosobnianie się, tworząc ścisłe związki na wzór międzynarodowych instytucyj. Że tak niestety nie jest, powiedział nam Virchow w r. 1869 w Insbruku. Medycyna według niego jest zbiorem wybitnych sprzeczności, obrazem zaciętéj walki szkół i „zawsze na nowo trzeba się porozumiewać, jakie jéj jest istotne obecne stanowisko, jakie stosunki mogą ją łączyć z naukami sąsiedniemi a przedewszystkiém jakie winne wyrobić sobie stanowisko w życiu świata, w wielkich dziejach postępu ludzkości“. (Dok. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków. d. 10 stycznia. Dnia 5 b. m. Komisyja sanitarna miejska odbyła posiedzenie, na którém zajmowano się sprawą wodociągów m. Krakowa, a raczéj przedwstępnemi dla niéj czynnościami. Mianowicie prof. Dr. Stopczański przedstawił wyniki rozbioru chemicznego czterech zdrojów Czatkowickich w okolicach Krzeszowic wytryskujących. Rozbiór ten kilkakrotnie powtarzany okazał, iż wzmiankowane wody posiadają wszelkie chemiczne cechy dobréj wody do picia i byłyby odpowiednie dla wodociągów, gdyby nie zbyt wysoka ciepłota 12·3° C., jaką wykazują. Ponieważ ciepłota ta dwa razy tylko była mierzoną a zarazem nieznaną jest obfitość zdrojów, przeto Komisyja postanowiła wybrać podkomisyję, któraby na miejscu rzecz zbadała i poczyniła ostateczne wnioski. Do téj czynności zaproszono proff. Altha i Stopczańskiego, budowniczego Müllera i Dra Lutostańskiego. Prof. Stopczańskiemu Komisyja sanitarna wyraziła swą wdzięczność za mozolne a bezinteresownie podjęte trudy.

Następnie Dr. Lutostański przedstawił i objaśnił obrazy graficzne stosunków klimatycznych m. Krakowa, według spostrzeżeń dwudziestopięcioletnich, wykonywanych od r. 1851 — 1876. Obrazy te ułożone według sposobu diagramów statystycznych w 15 barwach. Między innemi obliczył Dr. L. ilość wody znajdującéj się w studniach m. Krakowa, którą ocenia średnio na 1.785,750 metr. sześć. Na jednego więc mieszkańca rocznie przypada 26,740 litrów, gdy właściwie przypadać winno rocznie 53,100 litrów, z czego okazuje się, że Kraków nie jest dostatecznie zaopatrzony w wodę.

* Ustawa o poborze opłaty gminnéj od psów w obrębie m. Krakowa uzyskała sankcyję cesarską. Piérwszy projekt téj ustawy wyszedł od komisyi sanitarnéj krakowskiéj.

* Doszedł nas 1 Nr. „Zdrowia“, dwutygodnika popularno-naukowego, poświęconego naukom przyrodniczym i higijenie, wychodzącego od nowego roku w Warszawie pod redakcyją Dra Dobrskiego. Numer piérwszy obfituje w treść naukową: nowemu przedsiębiorstwu z całego serca życzymy powodzenia.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 52 (od 23 — 29 grudnia) zmarło w Krakowie osób 60; 31 mężczyzn i 29 kobiet; 35 osób w obwodach i 25 w szpitalach. Roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 56,7. Równocześnie wynosiła we Lwowie 31,8; w Warszawie 21,6; w Poznaniu 30,3; w Wiedniu 31,0; w Pradze 34,9; w Bazylei 26,5; w Paryżu 26,7; w Londynie 25,9; w Chrystyjanii 13,8; w Odessie 28,1; w Gdańsku 34,3; w Berlinie 26,9; w Monachijum 31,7; w Dreznie 28,9; w Lipsku 24,2; w Elberfeldzie 40,0; w Strassburgu 33,0. Z chorób zakaźnych zmarło w tym czasie w Krakowie osób 11; z ospy 4 osoby nieszczepione, z pło-

nicy 2, z dławca 2, z krztuśca 1, z duru brzusznego 2; z chorób zaś płucnych osób 21.

Lwów, d. 9 stycznia *(Koresp. orygin.)*. Na wczorajszém posiedzeniu krajowéj Rady zdrowia załatwiono następujące przedmioty: 1) na zapytanie c. k. Sądu powiat. w Wadowicach, czy aptekarzowi wolno sprzedawać dwuchroman potasowy, odpowiedziano, że nie jest karygodną sprzedaż preparatu tego mającego znaczenie więcéj techniczne, aniżeli lecznicze, który jakkolwiek nie jest objęty farmakopeą, przecież w medycynie jest używany. Sprawozdawca Dr. Cassina. 2) Na prośbę o pozwolenie otwarcia oficyny chirurg. w Brzesku, odpowiedziano, że sprawa ta musi być odroczoną, ponieważ Namiestnictwo zajmuje się właśnie uporządkowaniem stałém kwestyi oficyn. Sprawozdawca Dr. Rosner. 3) Przyjęto wniosek o wyznaczenie remuneracyi rocznéj 80 zł. urzędnikowi zajmującemu się sprawami manipulacyjnemi Rady zdrowia. Sprawozdawca Dr. Bertleff.

* **Warszawa**. Na posiedzeniu Tow. lek. w d. 4 grudnia r. z. prof. Hoyer zdał sprawę z dwóch prac napisanych w języku niemieckim przez pannę Annę Tomaszewiczównę, obdarzoną stopniem Dra med. przez wydział lek. w Zurychu. Jedna z tych prac: *Die Wirkung des Chlorals u. der Trichloressigsäure* umieszczoną była w t. 9 archiwu Pflügera z r. 1874; druga zaś: *Beiträge zur Physiologie des Ohrlabirinthes* ogłoszona w Zurychu 1877, jako rozprawa inauguralna. Obie prace opierają się na doświadczeniach czynionych przez autorkę na zwierzętach, a chociaż są przeważnie treści krytycznéj i polemicznéj, przecież zdaniem prof. Hoyera zasługują na wszelkie uznanie. *(Medycyna)*.

* **Wiedeń**. D. 5 bm. zebrał się Wiec stowarzyszeń lekarskich rakuskich w sali zielonéj Akademii Umiejętności. Z prowincyj spodziewano się przynajmniéj 50 delegatów, a przybyło ich zaledwie 30. Wiec obradować miał prawie nad temi samemi kwestyjami, o których już była mowa a nawet zapadły były uchwały na wiecu poprzednim, a mianowicie: nad organizacyją stanu lekarskiego, nad przymusem zawodowym, sprawą lekarzy gminnych i rad sanitarnych miejscowych, radami sanitarnemi krajowemi, nad taryfą sądowo-lekarską, o zadaniu lekarzy w obec poleceń rządowych, o prawach i obowiązkach lekarzy i t. d. Sądząc po rezultacie dotychczasowym, nie potrzeba wcale być wieszczem natchnionym, aby przewidzieć, że wszystko się skończy na kilkunastu mówkach i na wybraniu sztabu wydziałowych miejscowych i zamiejscowych, pomiędzy którymi pierwsi oczywiście będą mieli przewagę. Być jednak może, że widzimy zbyt czarno, i że z owych mówek i wyborów, z owych uchwał i memoryjałów, nad któremi i rząd i reprezentacyje przywykły przechodzić do porządku dziennego, wyłoni się przecież zbawienie dla stanu lekarskiego, i dlatego wspominamy o Wiecu, zwłaszcza, gdy w poczcie wybranych spotykamy się także z nazwiskami kilku kolegów rodaków.

Przewodniczył prof. Klebs z Pragi; do wydziału stałego wybrani: Drowie: Gauster, Hock, Scholz, Kohn, Ausspitz, Hofmokl i chirurg Prätorius z Wiednia; Drowie Kasprzycki z Bukowiny, Janikowski i Feigel z Galicyi, Singer z Opawy, Klebs i Janowsky z Pragi, Schoefl z Morawy, Schaefer, Leitgeb, Linder, Rossinagg i chirurg Gruber z innych prowincyj cislitawskich. — Składkę roczną oznaczono na 12 kr. od każdego członka stowarzyszeń. Wydział wyznaczy miejsce następnego Wiecu. Czy i jakie odbyły się rozprawy, dotąd nie wiemy.

* W papierni Schlögelmühl obok stacyi kolei południ. Gloggnitz zdarzyły się w krótkim czasie 2 przypadki śmierci z wąglika u dziewcząt młodych, zajętych czyszczeniem szmat. Celem sprawdzenia ostatniego przypadku Namiestnictwo delegowało referenta lekarskiego Dra Karajana i prof. Heschla, a sekcyja przez nich uskuteczniona wykazała chorobę wąglikową, we krwi zaś niezliczoną ilość prątków. *(W. med. Woch.* 1878, 1.)

* **Paryż**. Według wykazu ogłoszonego w *Progrès medical* z początkiem rb. następujący lekarze zajmują w szpitalach paryzkich posady lekarzy ordynujących: w Hôtel Dieu: prof. Sée, Guéneau de Mussy, Fauvel, Frémy, Hérard, Oulmont, prof. Richet, Cusco, Guérin; w Hôpital de la Pitié: prof. Lasségue, Gallard, Desnos, Gambault, Dumont-Pallier, Peter, prof. Verneuil, Polaillon; w Hôpital de Charité: prof. Hardy, Bourdon, Bernutz, Empis, Vulpian, Laboulbène, Gosselin, Trélat; w Hôpital St. Antoine: Mesnet, Paul, Brouardel, Lancereaux, Ball, Beaumetz, Fernet, Auger, Ledentu; w Hôp. Necker: prof. Potain, Chauffard, Delpech, Blachez, prof. Broca, Guyon; w Hôp. Cochin: Bucquoy, Desprès, Lucas; w Hôp. de Lourcine: Cornil, Martineau, Delens; w Hôp. Ménilmontant: Hayem, Audhoui, Duguet, Gérin, Heilly, Rigal, Périer, Anger; w Hôp. St. Louis: Hillairet, Lailler, Guibout, Vidal, Besnier, Fournier, Péan, Duplay; w Hôp. des Enfants-Malades: Bouchut, Labric, Archambault, Simon, Molland, St. Germain; w Hôp. Temporaire: Rendu, Gouguenheim, Audhoui, Grancher, Gouraud, Nicaise; Hôp. Beaujan: Gubler, Moutard-Martin, Millard, Guyot, Lefort, Tillaux; w Hôp. Lariboisière: Jaccoud, Reynaud, Féréol, Proust, Ollivier, Siredey, Panas, Labbé; w Hôp. du Midi: Simonet, Mauriac, Horteloup; w Hôp. St. Eugenie: Bergeron, Triboulet, Cadet de Gassicourt, Lannelongue; w Maternité: Hervieux, Tarnier, w Maison municip. de santé: Lecorché, Labbée, M. Sée, Cruveilhier; w Hospice de Bicêtre: Bouchard, Berthier, Legrand du Saulle, Falret, Nicaise; w Hospice de la Salpétrière: Charcot, Luys, Voisin, Moreau, Delasiauve, Terrier; w Hôp. des Enfants assistés: Parrot, Guéniot.

Sądziliśmy, że wykaz ten, mieszczący w sobie nazwiska mistrzów, mających sławę europejską, przydać się może niejednemu z czytelników naszych, zwłaszcza w roku bieżącym w obec zapowiedzianéj wystawy paryskiéj.

* **Mianowania i odznaczenia**. Znany ginekolog Dr. Fehling mianowany został dyrektorem zakładu położniczego w Stutgarcie. — Prof. Esmarch w Kielu otrzymał gwiazdę do krzyża komandorskiego orderu Franciszka Józefa. — Proff. Bunsen w Heidelbergu i Kirchhoff w Berlinie otrzymali angielski medal Davy'ego za zasługi koło badania widmowego. — Prof. Botkin w Petersburgu otrzymał godność radzcy tajnego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 16 stycznia o godzinie 5téj posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Obtułowicz okaże narzędzia endoskopijne i objaśni ich użycie, 2) kol. Domański okaże wyrób anatomiczny z przypadku dawniéj już przedstawionego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 19 Stycznia 1878. № 3. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez Prof. Dra **Korczyńskiego.**

I.

Tętniak tętnicy płucnéj w skutek zapalenia przewlekłego osierdzia. Niedokrewność znacznego stopnia. Skrobiawica narządów wewnętrznych przy rozroście tkanki śródmiąższowéj. Przyostre zapalenie miąższowe nérek. Śmierć z odmy piersiowéj skutkiem rozpadu zawału zatorowego (infarctus ex embolia) w płucu lewém.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Wyciąg z protokółu sekcyi wykonanéj i opisanéj przez Doc. Dra Browicza brzmi jak następuje:

Przy otwarciu jamy opłucnowéj lewéj słychać syk wydostającego się powietrza. Płuco lewe skurczone, małe; w wysokości 6 żebra w linii pachowéj środkowéj obie blaszki opłucnowe zrośnięte na rozległości dłoni. Opłucna płuca lewego w licznych miejscach przekrwiona, drzewkowato nastrzykana okazuje liczne, drobne wybroczyny, a w dolnych częściach pokryta jest wypociną włóknikową. Na podstawie lewego płuca blisko brzegu dolnego przedniego znajduje się w opłucnéj otworek 2 mm. średnicy mający, który prowadzi do jamy powstałéj z rozpadu zawału krwawego. W obudwu płucach dają się wymacać liczne guzy dochodzące wielkości orzecha włoskiego, które na przekroju okazują powierzchnię jednostajną, gładką, barwy czerwono-brunatnéj. Guzy te są bezpowietrzne, zbite, a niektóre z nich mają kształt klinowaty. Kilka takich guzów jest rozmiękłych, w środku wypełnionych cieczą ropiastą. W górnym płacie płuca prawego powierzchnia w kilku miejscach jest zaklęsła, opłucna na tych miejscach jest zgrubiała, a na przekroju tkanka bliznowata wnika w miąższ płuca.

W jamie osierdzia około 150 gm. płynu surowiczego, mętnego, wśród którego pływają drobne płatki i strzępki włóknika. Powierzchnia osierdzia ćma, tkanka podosierdziowa osobliwie w okolicy podstawy serca surowiczo obrzękła. Na osierdziu nad lewą komórką blisko koniuszka znajduje się strzęp łączno-tkankowy, ze zbitéj ścięgnistéj tkanki łącznéj złożony. Osierdzie pokrywające początek tętnicy płucnéj znacznie zgrubiałe zrośnięte z workiem osierdziowym kilkoma zbitemi ścięgnistemi błonami wrzekomemi. W miejscu tém tętnica płucna przedstawia wypuklenie wielkości orzecha włoskiego na lewym brzegu tejże, 2 cm. powyżéj początku tętnicy położone. Po otwarciu tętnicy płucnéj pokazuje się, że wypuklenie to powstało z ograniczonego rozszérzenia ściany tętnicy. Wewnętrzna powierzchnia jest zupełnie gładką; na szczycie znajduje się kilka woreczków wielkości małego grochu, komunikujących z główną jamą, których brzegi przedstawiają się w postaci wyniosłych, gładkich listewek. Na około obwodu tętniaka wewnętrzna powierzchnia ściany tętnicy przedstawia w licznych miejscach drobne wybujałości, złożone z miękkiéj, soczystéj tkanki. Ściana tętniaka na szczycie jest około ½ mm., w innych miejscach 2 — 3 mm. gruba. W jamie tętniaka znajduje się skrzep, którego warstwy do ściany tętniaka przylegające są żółto-brunatno zabarwione, zbitsze i suche, powierzchowne zaś ciemno-czerwone, miękkie, soczyste. Skrzep ten stérczy cokolwiek do wnętrza tętnicy. Reszta powierzchni tak przeciwległéj, jakoteż od tętniaka oddalonéj jest gładka i połyskująca.

Błona wewnętrzna tętnicy głównéj równa, gładka i połyskująca nie przedstawia nigdzie śladu sprawy miażdżycowéj, któréj również niema i w rozgałęzieniach tętnicy głównéj. Jama komórki prawéj, jakoteż przedsionka prawego nieco rozszérzona. Grubość ścian komórki prawéj największa wynosi 4, najmniejsza 2 mm., grubość ścian komórki lewéj największa 14, najmniejsza 4 mm. Ciężar serca 243 gm. Śródpiersie i zastawki prawidłowe. Mięsień sercowy blado-brunatny, połyskujący, zbity. Żyły płucowe, jakoteż rozgałęzienia tętnicy płucnéj prawidłowe; między tętnicą główną a prawym pniem tętnicy płucnéj dwa miękkie gruczoły limfatyczne wielkości grochu.

Tętnica podobojczykowa, głowowa i barkowa lewa widocznie węższe od prawych, podczas gdy żyła szyjna wspólna i żyła podobojczykowa lewa nie różnią się wielkością od prawych.

W jamie otrzewnowéj znaczna ilość płynu surowiczego jasnego. Wątroba powiększona, powierzchnia jéj nierówna, na rozkroju ziarnista, blado-brunatna, miąższ zbity. Ściany pęcherzyka żółciowego mocno zgrubiałe, wewnątrz kamyk wielkości jaja gołębiego składający się z cholesteryny i barwików żółciowych. Śledziona przeszło w trójnasób powiększona, torebka napięta, na rozkroju miąższ blado-wiśniowy, zbity, a wśród miąższu tkwią liczne ziarna szarawe przeświecające wielkości główki od szpilki. Żołądek rozszérzony, błona śluzowa blada, gładka, niedokrewna. Nérki obiedwie powiększone, powierzchnia gładka, blada, na rozkroju istota korowa znakomicie rozszérzona, jednostajnie żółtawo zabarwiona, gdzieniegdzie wypukła się po nad przekrój; piramidy niewyraźnie odgraniczone, miąższ spojności sprężystéj. W stawach kolanowych zwiększona ilość mazi stawowéj.

Badanie drobnowidowe wykazało co następuje:

Ściana tętniaka na przekrojach złożona jest wyłącznie z tkanki łącznéj włóknistéj, tak, iż nie napotyka się śladu warstw poszczególnych a mianowicie warstwy środkowéj mięsnéj, jakoteż nie można wyśledzić granicy między ścianą tętniaka a błonami wrzekomemi, znajdującemi się na wewnętrznéj powierzchni tętniaka. W obwodzie zaś w miejscu wyż wspomnianych wybujałości, ściana tętnicy jest przeszło w dwójnasób zgrubiała, a w takowéj rozróżnić się dają już gołém okiem trzy warstwy zgrubiałe. Błona wewnętrzna *(intima)* w tém miejscu składa się z miękkiéj, wiotkiéj, lekko falistéj tkanki łącznéj z licznemi komórkami częścią wrzecionowatemi, częścią okrągłemi i gwiazdkowatemi, pośród których znajdują się szczeliny ściśle odgraniczone, nieposiadające ścian własnych, na przekroju częścią podłużnego częścią owalnego kształtu, obok których gdzieniegdzie znajduje się żółtawy ziarnisty barwik, złożony w śród tkanki zasadniczéj. Tkanina téj warstwy wsuwa się w warstwę środkową, która w większéj części złożona jest z włókien tkanki łącznéj, przegradzającéj pęczki włókien mięsnych, które niekiedy bardzo znacznie są od siebie pooddalane. Pęczki te włókien mięsnych przedstawiają przeważnie zwyrodniałe ziarniste pierwociny, gdzieniegdzie zaś na miejscu pierwotnie istniejących pęczków widać wysepki większych kropli tłuszczowych. Warstwa zewnętrzna również zgrubiała, złożona jest wyłącznie z włóknistéj tkanki, wśród któréj gdzieniegdzie tylko dostrzedz można komórek tkanki łącznéj. Powyższy obraz osobliwie w warstwie wewnętrznéj, gdzie znajduje się utkanie jamiste *(cavernöses Bindegewebe)*, przemawia za zapaleniem ściany tętnicy i to posuwającém się od warstwy zewnętrznéj na średnią a stąd na wewnętrzną, tak, że błona wewnętrzna okazuje zmiany najwcześniejsze.

W mięśniu sercowym w rozrosłéj tkance międzywłóknikowéj sieć naczyniowa przedstawia w obec metylanilinu zabarwienie różowo czerwone, odpowiadające przeobrażeniu skrobiowatemu, włókna zaś mięsne zachowują się prawidłowo.

Miąższ wątroby okazuje obraz zapalenia śródmiąższowego w kształcie nacieku komórkowatego, jakoteż zmianę skrobiowatą naczyń, istniejącą również w miąższu śledziony obok nacieku skrobiowatego w ciałkach Malpighiego, uwydatniającego się w postaci ziarnek szarych, przeświecających, powyż opisanych.

W nérkach wszystkie części składowe są chorobowo zmienione a mianowicie główna zmiana dotyczy cewek moczowych, których komórki przybłonkowe są powiększone, ziarniste, częścią dobrze utrzymane, częścią rozpadające się, w licznych zaś miejscach kanaliki są wypełnione drobnoziarnistą masą, wśród któréj tylko jądra zwyrodniałych komórek odróżnić można. Tkanka międzycewkowa przedstawia gdzie niegdzie gęsty naciek komórkami okrągłemi, naczynia zaś, a głównie kłębki Malpighiego są skrobiowato przeobrażone.

Rozpoznanie anatomiczne opiewa więc: tętniak worczasty tętnicy płucnéj wypełniony skrzepem krwi. Zawały liczne i świeże w obudwu płucach skutkiem zatoru, w części rozmiękające, z następowém przedziurawieniem opłucnéj lewéj, świéżém zapaleniem włóknikowém opłucnéj i odmą piersiową. Zabytki przewlekłego zapalenia osierdzia. Zapalenie miąższowe nérek ze zwyrodnieniem skrobiowatém. Zapalenie śródmiąższowe wątroby ze zwyrodnieniem skrobiowatém. Zwyrodnienie skrobiowate śledziony. Rozrost tkanki śródmiąższowéj w sercu z przeobrażeniem skrobiowatém.

Uwagi końcowe *(Epicrisis)*. Z porównania rozpoznania anatomicznego z rozpoznaniem klinicznem wynika przedewszystkiém, że pomijając obecność tętniaka tętnicy płucnéj, za życia nierozpoznanego, inne zboczenia chorobowe nie przechodzące granic możności rozpoznawczéj zostały klinicznie należycie ocenione. I tak rozpoznanie przewlekłego zapalenia osierdzia odpowiadało znachodzeniu się w worku osierdziowym płynu surowiczego pomięszanego ze strzępami włóknika, obok ćmego wejrzenia osierdzia i błon wrzekomych łącznotkankowych nad tętnicą płucną i nad lewą komórką; przerost miernego stopnia komórki lewéj i rozszérzenie komórki prawéj zostało stwierdzone sekcyją; rozpoznanie trwałego osłabienia mięśnia sercowego znalazło usprawiedliwienie w rozroście tkanki łącznéj w mięśniu sercowym; obecność licznych zawałów zatorowych w płucach i zapalenie lewéj opłucnéj obok śladów tejże saméj sprawy chorobowéj poprzednio przebytéj odpowiada rozpoznaniu klinicznemu, tak samo jak zapalenie miąższowe nérek wykazane przy sekcyi, przodozagięcie macicy i brak zmian anatomicznych na błonie śluzowéj żołądka.

Rozpoznanie kliniczne różniło się więc tylko co do zmian zapalnych na śródsierdziu lewéj komórki i na ścianach tętnicy głównéj, — których to obu zmian tylko warunkowo się domyślano — i co do tętniaka tętnicy płucnéj. Zastanawiając się bliżéj nad tym ostatnim przedewszystkiém powołać się nam wypada na fakt powszechnie znany, że zmiany nabyte w tętnicy płucnéj (w przeciwstawieniu do wrodzonych) przydarzają się bardzo rzadko. Dosyć tylko przytoczyć, że (mimo zdania Dittricha, że miażdżyca tętnicy płucnéj nie jest zbyt rzadką) według Curciego *(Lo Sperimentale. Aprile 1876.)* na 116 przypadków zmian miażdżycowych znajdowała się miażdżyca tylko 2 razy w tętnicy płucnéj; że zwężenie ujścia tętniczego tętnicy płucnéj samo przez się lub z niedomykalnością zastawek półksiężycowych jest zboczeniem względnie rzadkiém, jak się to okazuje (z niezupełnie od zarzutu wolnego) zestawienia Normana Cheversa *(Collection of facts illustrative of the morbid conditions of the Pulmonary Artery. London. 1851.)* i z uzupełnienia kazuistyki w dziele Duchcka *(Die Krankheiten des Herzens. 1862*, między temi dwa przypadki Dietla) i P. Niemeyera *(Handbuch d. theor. u. klin. Percuss. u. Auskul. II. 172.)*. Zwężenie pnia lub rozgałęzień tętnicy płucnéj znamy tylko z opisów poszczególnych Tomassego *(Rivista clinica 1868.)*, Bettelheima

(Wien med. Presse 1869. 42.), Immermanna, Hellera i W. Müllera *(Deutsch. Arch. f. kl. Med. V.*, gdzie także przytoczone są przypadki Willigha i Kreysiga*)*, Tiedemanna *(D. Arch. f. kl. M. XVI.)* i Aufrechta *(D. Arch. f. kl. M. XVIII.)*. Rzadkość zapaleń śródsierdzia na zastawkach tętnicy płucnéj najlepiéj udowodni zestawienie Sperlinga *(Inaug. Diss. Berlin 1872.)* wykazujące, że na 300 przypadków zapalenia śródsierdzia przypadają tylko 3 przyp. zapalenia na zastawkach półksiężycowych tętnicy płucnéj.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Szczególny rodzaj przewlekłego zapalenia spojówki i rogówki, czy też nowotwór złośliwy (gruźlica albo toczeń?). Wyłuszczenie gałki wraz z wycięciem spojówki powiekowéj.

Skréślił Dr. Alf. Ign. Laskiewicz-Friedensfeld we Wiedniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2.)

Sattler uważał przypadek ten najprzód za pierwotny toczeń spojówki i rogówki. Ja sam, choć niechętnie, dzieliłem przedtém to zdanie, ponieważ wiadomo mi było, że tak doświadczeni dermatologowie, jak Hebra i Kaposi, stanowczo twierdzą *(Lehrb. d. Hautkrankh.* w dziele zbiorowém Virchowa, 3 t. II, odd. str. 351), że toczeń wyjątkowo zaczyna się rozwijać po 20ym roku życia; jeśli zaś początek choroby przypada po 30ym, to z pewnością nie jest to toczeń pierwotny, lecz ponowny wybuch cierpienia. Z wywiadów nie można się było dowiedzieć, czy chora cierpiała przedtém na jakąkolwiekbądź chorobę skórną; zresztą wiadomo jest, jak często chorzy cierpienia skórne ukrywają; na wywiadach u ludzi tak niewykształconych, jaką była chora, nie można polegać. Ponieważ chora wkrótce po operacyi, jako wyleczona opuściła szpital z dyjagnozą: *epithelioma conj. et corneae*, więc nieuważano w czasie jéj 2 tygodn. pobytu za konieczne zbadać powierzchnię jéj ciała, aby szukać blizn pozostałych po toczniu. Gdyby nawet blizny znaleziono, to nikt niemógłby dowieść, że takowe poprzedzić musiał toczeń; przypomnę tu słowa Hebry *(l. cit.* str. 216): „żadna sprawa chorobowa skóry nie pozostawia blizn cechujących; nigdy nie wolno nam, uwzględniając tylko wejrzenie, barwę, konsystencyję, lub inne własności blizn, stanowczo i przedmiotowo rozpoznawać chorobę bliznę wywołującą; jednakie blizny bowiem pozostają po różnych chorobach skórnych, a różne blizny mogą być następstwem jednych i tych samych cierpień.“ Ja sam uważałem cierpienie naszéj choréj jako też i przypadek opisany przezemnie w Przeglądzie Lek. (1876, Nr. 47—51) jako rodzaj przeistoczenia spojówki, przedstawiającéj najprzód zmiany podobne do śluzotoku przewlekłego, a potém oznaki cechujące toczeń. Obydwa te przypadki wielkie mają do siebie podobieństwo, tak ze względu oznak klinicznych i biegu choroby, jako też i ze względu na obraz zmian patologicznych. Pod względem przypadku pierwszego nie zmieniam zdania swego; nie widzieliśmy wtenczas ostro ograniczonych gruzełków prosówkowych; komórki olbrzymie były po większéj części porozrzucane, jak to spostrzegano w toczniu, a nawet i w sprawach zapalnych pod pewnemi warunkami. Pod drobnowidem bardzo trudno odróżnić toczeń błony śluzowéj od gruźlicy. W dłuższéj rozprawie mojéj o toczniu spojówki i rogówki i o komórkach olbrzymich w chorobach spojówki *(Wiener allg. med. Ztg.* 1877. Nr. 7—37), w któréj po raz pierwszy przezemnie opisane zostały: postać kliniczna, przebieg, własności, leczenie, oraz i zmiany histologiczne téj rzadkiéj choroby oka, podałem wszystkie oznaki kliniczne i anatomiczne, cechujące tę chorobę, któréj czyste, prawdziwe, szczere postacie 3 razy na 25.000 przypadków chorób ocznych w ciągu 5 lat spostrzegałem; okazy zaś skrawków drobnowidowych tocznia, spojówki i rogówki, przedstawiałem na jednêm z posiedzeń tow. lek. w Wiedniu. Chciałbym tylko tu wspomnieć, że ze względu anatomicznego ważną jest ta okoliczność, że oprócz mniéj lub więcéj ostro ograniczonych gruzełków widzimy obok owrzodzenia zsérowacenie w gruźlicy, a rzadko zabliźnienie; w toczniu nigdy się nie zdarza zsérowacenie, prawie zawsze widać blizny, choćby małe, często także zdarza się owrzodzenie. Niektórzy anatomowie nie robią różnicy między toczniem a gruźlicą skóry lub błon śluzowych; np. Friedländer nazywa toczeń: *locale Tuberculose (Centralbl. für med. Wiss.* 1872, 42). Choroby takiéj nie uznają dotychczas niektórzy dermatologowie; istnienia jéj dowiódł w najnowszym czasie Chiari, opisując przebieg i zmiany anatomiczne wrzodu gruźliczego wargi u 32-letn. mężczyzny. *(W. med. Jahrb.* 1877, s. 328). Inni sądzą, że *Lupus* jest wyrazem klinicznym choroby, nie mającéj cech właściwych makroskopowych a zmiany histologiczne mają się równać zmianom gruźliczym. Wierzę, że istnieją mięszane i przejściowe postacie chorób, ale sądzę jednak, że toczeń i gruźlica oka posiadają właściwe cechy kliniczne i anatomiczne. — Sattler zmienił swe zdanie i zaliczył na posiedzeniu w Heidelbergu chorobę tę do rzadszéj jeszcze choroby spojówki, do gruźlicy pierwotnéj, którą 2 razy na 25.000 przypadków chorób oka widziałem. O prawdziwéj gruźlicy spoj. opisanéj przez Sattlera, wspomniałem już w roku 1876 w Przegl. Lek. Sądzę, że w mowie będąca choroba nie przedstawiała czystéj postaci pierwotnéj gruźlicy spoj. i rog., lecz należała do działu tak zw. chorób przejściowych t. j., że w tym przypadku do zapalenia spoj. przewlekłego, którego obecności dowodziły początek i bieg cierpienia, dołączyła się w końcu gruźlica, bądź w skutek nieodpowiedniego zachowania się chorego, przez długotrwałe drażnienie oka mechaniczne lub środkami chemicznie działającemi lub też w skutek skazy krwi. Wspomniałem już, że byłoby nader pożądaném, ażeby ci koledzy, którzy mieli lub mają sposobność widzenia lub leczenia choréj, zechcieli łaskawie podać do wiadomości, czy chora nie cierpiała na zołzy lub toczeń; bardziéj ciekawą byłaby w tym przypadku sekcyja, którąby nam wszystko wyjaśniła, gdyby znaleziono gruzełki lub zsérowaciałe ogniska w płucach albo w gruczołach limfatycznych. Niepotrzebowalibyśmy wtenczas przypuszczać tu przeistoczenia gruźliczego spojówki, znajdującéj się dotąd w stanie przewlekłego przeistoczenia, jakie np. Rokitański widział w wypocinach zapalnych: moglibyśmy śmiało wypowiedzieć, że gruźlica miejscowa w tym przypadku polegała na przeniesieniu zatoru, pochodzącego z owych ognisk zsérowaciałych, a więc wskutek zakażenia samoistnego, przez drobnoziarniste rozpadliny własnéj tkanki. Przyrzut mógłby pochodzić od zewnątrz, ale nie przez wędrujące istoty drobnowidowe żyjące, prątki, grzybki i inne zarodki, lecz w skutek wyziewów np. z plwocin suchotników, które dostawszy się do powłoki pozbawionéj przybłonka, wywołać mogą wybuch miejscowéj gruźlicy, np. w krtani, w tchawicy (doświadczenia Tappeinera i Lippla); stykanie się nawet pewnych części oka z cząstkami, pochodzącemi z ognisk gruźliczych lub zsérowaciałych, łatwo mogą być przy-

czyną powstania w oku gruźlicy (Cohnheim i Salomonsen). Pod wpływem przyrzutu gruźliczego łatwo mogą gruzełki powstać w błonach śluzowych twarzy, tém łatwiéj, jeżeli one znajdują się w stanie zapalenia. Gruźlica bardzo rzadko zdarza się w części spoj. gałkowéj (Virchow's *Geschwülste*, pag. 719), również i w błonie śluzowéj połyku; jednakże Isambert i Fränkel *(Berl. klin. Wochft*, 1876, Nr. 46) spostrzegli gruzełki i w tym ostatniém miejscu, nie tylko u suchotników, ale także i u ludzi zdrowych na płuca. Köster zwrócił uwagę, że gruźlica rozwija się zwyczajnie w tkance, znajdującéj się w stanie zapalenia przewl. Billroth i Wolff utrzymują, że często bardzo zapalenie przechodzi w nowotwór lub zapalenie towarzyszy nowotworom, a więc i gruźlicy; że nowotwór łagodny przejść może w złośliwy. Hebra, Kaposi, Neumann i inni opisują postacie chorób podobnych do toczniaka i nabłoniaka, przypuszczając kombinacyję tych dwóch rodzajów chorób lub téż przejście jednéj w drugą; toż samo twierdzi Rindfleisch ze stanowiska anatomicznego. Anatomom już oddawna są znane nowotwory mięszane również jak i zjawisko, że w skutek długotrwałych drażnień albo po zapaleniu pewnéj tkanki rozwija się nowotwór

Chora nasza, o ile jéj podania są wiarogodne, była wolną od skazy krwi kiłowéj; w pierwszym przypadku (Przegl. Lek. 1876), sądzono, że niezwykły obraz i przebieg choroby, również jak i zmiany anatomiczne niezwykłego, szczególnego rodzaju, zawdzięczały początek zarażeniu kiłowemu; nie od rzeczy byłoby tu wspomnieć, że w obu przypadkach znaleziono komórki olbrzymie w spojówce i rogówce, a wiadomo, że coraz częściéj znajdują różni autorowie te twory w tkankach i narzędziach zmienionych przez choroby, powstałe w skutek kiły (Wl. Brodowski, Köster, Bizzozero, Griffini, Heubner, P. Baumgarten, G. Weiss, T. Browicz.)

Ze względu praktycznego zasługiwałaby może na uwagę wskazówka, tycząca się przyżegania środkami szczmiącemi spojówki znajdującéj się w stanie śluzotoku przewlekłego. Mimowolnie nasuwa się myśl, czyby w dwóch tych przypadkach zbyt długie i energiczne użycie silnych środków żrących nie było może przyczyną przemiany tkanki zapalnéj u pierwszego chorego w toczeń, u drugiéj choréj w gruźlicę? Zdanie takie niczém jednak nie jest popartém. Co do ostatniéj choréj, to należy przyznać, że lekarze, którzy z początku przyżegali spojówkę roztczynem azotanu srebra i kamieniem niebieskim, postępowali całkiem według zasad i wymogów nauki. Niektórzy lekarze angielscy dowodzili, że zwyrodnienia powiek po śluzotoku przewl., są następstwem przyżegania spojówki, jednakże Arlt często bardzo zauważał cechujące blizny spojówki u ludzi, którzy przeciw swéj chorobie niczego jeszcze nie byli używali.

Właściwéj przyczyny bujania nowotworu na podstawie spojówki zapalnéj nie znamy. Lekarz praktyczny powinien wiedzieć, że należy początki nowotworu zniszczyć przez przyżeganie kamieniem piekielnym albo wycinając lub wyskrobując wyrośle.

Gruźlica w oku bierze najczęściéj swój początek w naczyniówce; również tęczówka bywa niekiedy siedzibą gruzełków, bardzo rzadko siatkówka i nerw wzrokowy, a najrzadziéj części zewnętrzne spojówki i rogówki. Dawniesi autorowie o wiele częściéj rozpoznawali gruźlicę miejscową; jednak dowiedzioną jest rzeczą, że większa część tych przypadków była nowotworami innego rodzaju. Pierwszym był Jäger młodszy, który opisał i przedstawił w znakomitym swym atlasie chorób dna oka obraz wziernikowy prawdziwych gruzełków naczyniówki. Manz zwrócił najprzód uwagę, że gruźlicy prosówkowéj ostréj, szczególnie opony mózgowéj bardzo często towarzyszą gruzełki naczyniówki; po nim pracowali nad tym przedmiotem: Leber, B. Fränkel, Bouchut. Stricker w najnowszym czasie uważa twory te za zjawisko bardzo częste w gruźlicy ogólnéj ostréj; anatomiczne poszukiwania Cohnheima udowodniły tożsamości guziczków naczyniówki i gruzełków opony miękkiéj mózgowéj. Teraz już bardzo często opisują gruzełki jagodówki. Pierwotną gruźlicę naczyniowki widzieli: Manfredi, Poncet, Wecker i Hirschberg.

Ponfick zbadał anatomicznie gruzełki naczyniówki 5 mm. wielkie. W tęczówce już od dawna spostrzegano guziczki, odróżniające się swym przebiegiem, ajtyjologiją, uporczywością przeciw środkom przeciwkiłowym od tak częstych w téj błonie kilaków i nazwano je: *Granulomata iridis.*

Prawdziwą i pierwotną gruźlicę tęczówki opisali Gradenigo, Perls i inni, w siatkówce Perls, Manfredi i ja z Sattlerem (zob. Przegl. Lek. 1876); w nerwie wzrokowym Cruveillier i Sattler; w rogówce saméj Arcoleo, a w spojówce Sattler, Walb, Köster i Hock; wreszcie i ja obserwowałem jeszcze jeden przypadek w ostatnim czasie na klinice prof. Arlta, o którym w swoim czasie zdam sprawę; był to wrzód na powierzchni wewnętrznéj powieki górnéj; badania anatomicznego jeszcze nie ukończyłem.

Przypadek w mowie będący jest więc gruźlicą spoj. i rog., ale nie jak Sattler sądzi pierwotną, lecz jak to ja udowodnić się starałem drugorzędną, w następstwie zapalenia przewlekłego śluzotokowego spoj. powstałą. W chorobach spoj. przypuszczają właśnie Arlt i Schweigger postacie zapaleń przejściowe, mięszane, nieodpowiadające żadnéj kategoryi zapaleń spojówki.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. S. Samuel (w Królewcu): **Handbuch der allgemeinen Pathologie als pathologische Physiologie** I. u. II Abth. Allgemeine Nosologie, Störungen der Blut-und Säftecirculation, Stuttgart, Ferd. Enke 1877 8 maj str. 210, 4·80 m.

Prof. Dr. J. Cohnheim (w Wrocławiu): **Vorlesungen über allgemeine Pathologie**. Ein Handbuch für Aertze und Studirende. I Band. Berlin. August Hirschwald 1877, 8 maj str. str. 691. 17 marek.

Prof. Dr. M. Perls (w Giessen): **Lehrbuch der allgemeinen Pathologie für Studierende und Ärzte**. I Theil, Allgemeine pathologische Anatomie und Pathogenese mit 124 Holzschnitten. Stuttgart. Ferd. Enke 1877 8 maj, str. 508. 14 marek.

Prof. Dr. Stricker: **Vorlesungen über allgemeine und experimentelle Pathologie** II Abtheil. Wien. 1877, W. Braumüller. Sprawozdanie Dra B. Lutostańskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Całkiem innego doznajemy wrażenia po przeczytaniu podręcznika Cohnheima, którego część pierwsza leży przed nami w postaci grubego tomu z 44 arkuszy druku złożonego. Jestto zbiór 18 wykładów poprzedzonych krótkim wstępem, w którym autor podaje pobieżnie określenie choroby, zadania, dzieje i metody ogólnéj patologii. To wszystko pomieszczoném zostało na 14 stronnicach! Brak ten, można powiedzieć, części wstępnéj, ogólnéj, tém więcéj nas zadziwia,

iż sam autor przyznaje, że patologija ogólna powinna być uogólnieniem anatomii patologicznéj i szczegółowéj patologii, których jest córką, w skutek czego przybrała odmienną postać od dawnych nauk, opartych na spekulacyjnych systemach. Słusznie też C. porównywa wzmiankowane macierzyste pnie do przyrodniczych umiejętności opisowych, przyznając patologii ogólnéj cechę rozumowych umiejętności przyrodniczych na podobieństwo fizyki. Zgadzając się w téj mierze z autorem w zupełności, musimy loicznie na rzecz zapatrując się, żądać ogólnych prawideł, ile to jest możebném w dzisiejszym stanie umiejętności, a to w celu ostatecznego wyrugowania lub sprostowania szkolarskich pojęć, pozostałych w spuściznie po dawnych pisarzach w przedmiocie ogólnéj patologii.

Według Cohnheima patologija ogólna ma dwa zadania do spełnienia, a mianowicie: wykrycie przyczyn chorobotwórczych i zbadanie wewnętrznego związku objawów chorobowych. Pierwsze z tych zadań stanowi przedmiot ajtyjologii, drugie zaś przedmiot patologicznéj fizyjologii. To nowe stanowisko słabo jest w całém dziele nacechowane, témbardziéj, że autor ajtyjologię z umysłu całkowicie opuszcza w swych wykładach, w których wyłącznie zajmuje się „badaniem czynności rozmaitych narzędzi w chorobowych okolicznościach". Jestto mojém zdaniem ważna ujemna strona podręcznika Cohnheima, przez co roztrząsane dzieło pozostaje w istocie rzeczy na przestarzałém stanowisku z owych czasów, gdy patologiję ogólną uważano za ogólną część anatomii patologicznéj, pomimo, że autor uważa doświadczenia patologiczne za podstawę wykładanéj umiejętności.

Układ też całego oparł autor na anatomicznéj zasadzie.

W piérwszym dziale autor mówi o zboczeniach krążenia krwi, o zmianach w oporze dróg naczyniowych i miejscowych zboczeniach krwi krążenia, o zatorze i zakrzepnicy, o zapaleniu, krwotokach, niedokrewności i wielokrewności, daléj o wodnicy i zgęstnieniu krwi *(anhydrämia)*, o bielicy, błednicy i istotnych niedokrewnościach, wreszcie o patologii strumienia lipkowicy. Dział ten kończy się wykładem o puchlinach.

Drugi dział zawiéra chorobowe zboczenia odżywiania, a mianowicie: ustępy o miejscowém zamieraniu, o wiądzie, o chorobowych zboczeniach nieorganicznych składników tkanin, o stłuszczeniu, przemianie kleinowéj i śluzowéj, o zmętnioném nabrzmieniu *(trübe Schwellung)*, zwyrodnieniu skrobiowatém i nieprawidłowych ubarwieniach. Na zakończenie autor mówi o przeroście i obrzękach zakaźnych, wreszcie o obrzękach w ogóle, czyli nowotworach.

Szczegółowe rozdziały bardzo starannie opracował autor przeważnie pod wpływem teoryi komórkowéj. Dział o chorobowych zboczeniach odżywiania szczególniéj odznacza się wieloma zaletami. W ogóle w dziele roztrząsaném wybitnie przejawia się wszędzie kierunek analityczny i w téj mierze ma ono wielką wartość. Brak natomiast ogólnéj myśli porządkującéj szczegóły nagromadzone w ogromnéj ilości, których spamiętać niepodobna.

Piérwsza część podręcznika Perlsa ma wiele wspólnego z pracą Cohnheima a pod względem układu dzieła nic spostrzegamy żadnéj niemal różnicy. I ten autor rozpoczyna od miejscowych zboczeń krwi krążenia, roztrząsa następnie bierne zmiany w tkaninach i kończy naukę o czynnych zmianach w tkaninach odbywających się, to jest naukę o nowotworach. Według Perlsa ogólna patologija składa się z dwóch części: z ogólnéj anatomii i histologii patologicznéj, przyczém zwraca się uwagę na powstawanie zmian chorobowych, tudzież naukę o przyczynach chorób. Doświadczenie jednak patologiczne małą odgrywa rolę w jego patogenezie. Stanowisko Perlsa w ogóle nie odpowiada wymaganiom spółczesnéj umiejętności, zresztą z sądem stanowczym w téj mierze wstrzymać się należy aż do wyjścia drugiéj części, która ma obejmować ogólną ajtyjologiją zmian chorobowych i naukę o potworach. *Qui vivra verra.*

(Dokończenie nastąpi.)

Broca: „Sur la thermometrie cérébrale et le rôle qu'elle peut jouer dans le diagnostic des maladies de l'encephale." Rzecz miana na zjeździe w Hawrze d. 30 sierpnia 1877 r. Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

Gdyby wiedza miała swą ojczyznę, gdyby była córą téj lub owéj szkoły, nie zaś płodem usiłowań umysłowych całéj ludzkości, Francyja miałaby najwięcéj praw ojcowskich do nauki o mózgu, gdyż francuzcy filozofowie pierwsi wypowiedzieli zdanie, że odrębne czynności duchowe posiadają w mózgu odpowiedne ośrodki, a zdanie to myśliciel usiłował Gall objaśnić anatomicznie; jakkolwiek wiadomo, że pomimo zasadniczéj prawdy Gall w swoim systemie kierował się wyobraźnią niżli ścisłością naukową i krytyką. Tu należy wspomnieć imię Pinnela twórcy Psychopatologii, wielkiego przeobraziciela przesądnych pojęć i barbarzyńskich sposobów postępowania, używanych w zakładach dla obłąkanych.

Lecz dopiéro za dni naszych i przez pracowników jeszcze żyjących, nauka czynnościowéj topografii mózgu dotarła do wyników od tak dawna przeczuwanych, których naturalnym następstwem będzie wprowadzenie psychologii do zakresu nauczania fizyjologicznego i bijologicznego. Przewódcami na tych nowych torach są: Brown-Séquard, Cl. Bernard, Luys na polu fizyjologiczném, Charcot na kliniczném, Broca na antropologiczném a wreszcie Duret na polu anatomiczném; ten ostatni, mniéj znany, swoją pracą o krwiobiegu w mózgu, oraz zakreślaniem okolic mózgu, w których wytworzenie się krążenia ubocznego jest możebném oraz i tych, gdzie takowe nie znajduje potrzebnych warunków, zrobił przysługę klinicystom oraz dał podstawę fizyjologom do śmielszych badań i wniosków.

Na posiedzeniu stowarzyszenia francuzkiego dla postępu nauk, odbytém na zjeździe w Hawrze d. 30 sierpnia r. z. prof. Broca miał odczyt o mierzeniach ciepłoty mózgu oraz zastosowania takowego w celach klinicznych. Prelegent posługuje się sześcioma ciepłomierzami, które przykłada w sześciu symetrycznych punktach, a mianowicie dwa na kościach czołowych, dwa na skroniowych i dwa na potylicowych; gałka ciepłomierza jedną tylko częścią swéj powierzchni dotyka czaszki, zresztą zawinięta w watę, dla zapobieżenia takim pobocznym wpływom, jak przeciąg wiatru, powietrze wdychano przez badającego i t. d. Broca dla skrócenia oznacza każdy ciepłomierz literami, mianowicie: po stronie lewéj Cz. (czołowy), S. (skroniowy) i P. (potylicowy), a po stronie prawéj Cz' S' i P'. Dodając sześć liczb wykazywanych ciepłomierzami i podzieliwszy je przez sześć, otrzymuje średnią ciepłotę mózgu; każdy zaś ciepłomierz z osobna wykazuje ciepłotę punktu, w którym został zastosowanym, a porównywając wypadki sześciu ciepłomierzów między sobą, otrzymujemy bardzo ważne wskazówki.

Prof. Broca rozpoczął swe poszukiwania w r. 1865, lecz dopiéro od roku 1873 począł je stosować w celach klinicznych.

Dla wytworzenia stałéj podstawy uważał on za rzecz niezbędną poznanie ciepłoty różnych okolic mózgu w stanie fizyjologicznym; w tym celu odwołał się do swoich uczniów, wybierając między nimi będących w jednym wieku, oraz stojących na tymże samym stopniu rozwoju umysłowego, przyczém uważał, aby warunki towarzyszące każdorazowemu doświadczeniu, o ile można były tożsame.

Główne pytania, które sobie zadał Broca, są następujące: *a)* jaka jest średnia ciepłota mózgu? *b)* czy istnieje różnica między ciepłotą obu półkul? *c)* czy istnieje różnica między ciepłotą szczególnych płatów każdéj półkuli? Trzeba przyznać, że odpowiedzi na trzecie pytanie stoi na przeszkodzie ta okoliczność, że punkta, w których zwykle Broca umieszczał cieplomierze, niejednakowéj grubości warstwą pooddzielane są od mózgu: tu złym przewodnikiem są włosy, tam warstwa mięsna, tam znowu nie ma mięśni, kość jest cienką; jednakże trudności te są tylko pozorne, a przy umiejętném postępowaniu, nie można z nich wytłumaczyć owe różnice badań termometrycznych, jakie spostrzegamy w szczególnych płatach każdéj połowy mózgu. Cieplomierz pozostawia Broca 20 minut w miejscu, a liczby, które przytaczam są średnim wypadkiem z dwunastu doświadczeń, które prelegent na swych uczniach robił. Najwyższa ciepłota mózgu jaką spostrzegał wynosiła: 34°85, najniższa zaś 32°80; średnia więc równa się 33°82. Jeśli zaś porównamy Cz, S, P z Cz', S' i P', to otrzymamy wynik stały, że ciepłota lewéj połowy mózgu jest wyższą od prawéj, tak że po stronie lewéj ciepłota wynosiła średnio przeszło 34°, po stronie zaś prawéj 33°90. A zatém ciepłota prawéj półkuli jest niższą od lewéj o $^1/_{10}$°. Godną uwagi jest ta okoliczność, że nierówność ciepłoty obu półkul towarzyszy tylko stanowi bezczynności umysłowéj, skoro zaś władze umysłowe są czynnemi, różnica ta się wyrównywa. Broca przypuszcza, że strona prawa, będąc mniéj uzdolnioną, mniéj otrzymuje krwi i niższą posiada ciepłotę; przy pracy zaś umysłowéj, dla koniecznego dorównania stronie lewéj, potrzebuje, jako mniéj wykształcona, silniejszéj podniety, a względnie większego napływu krwi, czego następstwem było zrównanie ciepłoty w obu półkulach.

Wykazawszy stosunek wzajemny ciepłoty obu połów mózgu, zajął się następnie Broca zbadaniem ciepłoty płatów każdéj półkuli z osobna, i doszedł do następujących wyników: płat potylicowy posiada średnią ciepłotę 32°92, skroniowy 33°72, a czołowy 35,28; ta wyższość ciepłoty niektórych płatów zostaje zapewne w prostym stosunku do wysokości ich zadania czynnościowego; lecz liczby powyższe stosują się tylko do mózgów w stanie spoczynku; praca umysłowa znacznie je zmienia. Prof. Broca nie ukrywa trudności, zachodzących przy doświadczeniach tego rodzaju, gdy trzeba umysłowo zatrudnić osobę, na któréj odbywa się spostrzeżenie, gdyż na wyniki wpływa rodzaj tego zatrudnienia i stopień rozwoju duchowego osoby badanéj. Dając badanemu do czytania książkę łatwo zrozumiałą, zauważył Broca po 10 minutach głośnego czytania, że ciepłota z 33°92, jaką była w czasie wypoczynku umysłowego, podniosła się do 34°23. Zatém mózg pracujący ma ciepłotę wyższą prawie o $^1/_2$°.

Nienmniéj zajmującém jest zastosowanie powyższych spostrzeżeń w celach klinicznych; Broca doszedł na téj drodze do rozpoznania zatoru mózgowego i zakreślenia okolicy pozbawionéj krwi. Już dawniéj wykazał objaw, spostrzegany przy zatorze naczyń na odnogach, że ogólna ciepłota odnogi obniżyła się obok jéj znacznego podniesienia się w miejscu zatkania naczynia; owo termiczne zaburzenie tłumaczy Broca sprawą wytwarzania się krążenia ubocznego i nawałem krwi do naczyń sąsiednich zatoru, co ciepłotę podwyższa, a zatém miejsce najwyższéj ciepłoty jest miejscem zatoru. Zatorów mózgowych nie można porównywać w pojęciu obecnie nas obchodzącém z zatorami na odnogach, z powodu odmiennych warunków krążenia; natomiast sprawa ta mózgu o tyle jest prostszą, że na dziesięć przypadków zatoru, siedem ma miejsce w lewéj tętnicy rowka Sylwiusza, a niedrożność naczynia stale objawia się bądź to w głównym pniu tętnicy, bądź w jednéj z jéj gałęzi. Już na drodze teoretycznéj wnosić możemy, że w obszarze zaopatrywanym przez niedrożną tętnicę następuje obniżenie ciepłoty, lecz zachodzi pytanie, czy w płacie czołowym i tyłogłowowym powstaje podniesienie jéj, jako proste następstwo nadmiaru krwi, która mając drogę zamkniętą do płatu skroniowego, wyrównywa ten nadmiar, dopływając w większéj ilości do reszty mózgowia? Prof. Broca odpowiada na to pytanie dwoma spostrzeżeniami ze wszechmiar zajmującemi: pierwsze dotyczy osoby cierpiącéj na gościec stawowy, która nagle ulega połowiczemu porażeniu z utratą mowy; poszukiwania termometryczne dały następujący wynik:

strona lewa:		strona prawa:	
płat czołowy	35°2	płat czołowy	34°8
„ skroniowy	34°3	„ skroniowy	34°8
„ potylicowy	35°6	„ potylicowy	32°9

Liczby tu przytoczone przekonywają, że największe obniżenie ciepłoty przypada na płat skroniowy lewy, który jest zaopatrzonym przez lewą tętnicę rowka Sylwiusza, że ciepłota odpowiedniego płatu po stronie prawéj jest wyższą, gdy w stanie prawidłowym jest przeciwnie, oraz że ciepłota płatu czołowego, a zwłaszcza potylicowego, jest znacznie wyższą od ciepłoty fizyjologicznéj. W tym przypadku teoryja i klinika są w zupełnéj zgodzie, i obniżenie ciepłoty w miejscu zatoru, oraz podniesienie się jéj w płatach czołowym i potylicowym przy zatorze tętnicy rowka Sylwiusza, jest rzeczą udowodnioną.

Drugie spostrzeżenie prof. Broca pomijam z powodu wielkiego podobieństwa do wyżéj opisanego, oraz takiego samego wyniku.

A. Genzmer i R. Volkmann: O gorączce przyrannéj gnilnéj i bezgnilnéj.

Prace Billrotha i C. O. Webera wykazały, że wszelka gorączka przyranna z jednego pochodzi źródła, mianowicie od wessania rozkładowych cząstek w ranie, że więc posocznica i zwykła gorączka przyranna *(Wundfieber)* są jedną i tą samą gorączką a różnią się od siebie jedynie tylko stopniem nasilenia. Tak się rzeczy mają w ranach pozostawionych siłom natury, która przeprowadza tak zwane czyszczenie rany przez usunięcie cząstek uległych rozpadowi. Gdy jednak Lister podał ogólnie już znany swój sposób oprawy ran przeciwgnilnéj, który polega na bezgnilném (aseptyczném) leczeniu tychże, spodziewać się należało, że leczenie to będzie również i bezgorączkowém. Tak jednakże nie jest; wprawdzie największa liczba przypadków bardzo ciężkich tym sposobem leczonych przebiega bez odczynu, bez gorączki; lecz tu i owdzie wydarzyła się gorączka dosyć znaczna. Z początku pomawiano o to niedokładność w wypełnieniu przepisów stanowiących metodę przeciwgnilną, lecz przekonano się późniéj, że pomimo najstaranniejszego i najdokładniejszego opatrunku

przeciwgnilnego pokazuje się gorączka. Tę gorączkę nazywa Volkmann bezgnilną (aseptyczną) i w następujący sposób ją bliżéj określa. Przedewszystkiém, że ona nie stoi w prostym stosunku do odczynu w ranie, że zatém nie należy z niéj żadnych wyciągać wniosków co do dalszego rokowania; że nie cechuje się przypadami ogólnego zatrucia, jak to bywa w gorączce przyrannéj zwykléj czyli gnilnéj a więc niéma ani ogólnego osłabienia, ani zajęcia umysłu, apatyi, zwidywań, braku łaknienia etc.; przeciwnie chorzy tacy bywają weseli, mogą się zatrudniać zwyklemi swemi zajęciami nawet umysłowo pracować, apetyt mają wyborny a jedynym przypadem w oczy wpadającym jest podniesiona ciepłota (39° — 40°). Podobny przebieg miewa czasem gorączka przy nadwerężeniach, np. złamaniach kości podskórnych. W końcu podają autorowie hipotezę, że zdaniem ich gorączka gnilna powstaje tam gdzie zapalno- i gorączkorodne, zaś bezgnilna, gdzie tylko te ostatnie drobiny do krążenia się dostały. *(Sammlung klin. Vortr. 121.)* A. O.

Zweifel: **Kiedy powinna być przeciętą pępowina płodu?**

Dotychczas uważano za stósowną chwilę przecięcia pępowiny po urodzeniu się dziecka, gdy takowa zupełnie tętnieć ustała. Ważenia jednak Budina i Schückinga wykazały, że przy takiém postępowaniu znaczna ilość krwi bywa płodowi odciętą.

Zweifel powtarza te doświadczenia, porównywa ilość krwi pozostałą w łożyskach, z któremi postępowano według dawniejszéj metody, z ilością krwi pozostałą w łożyskach, których pępowiny nie przecinano, dopóki łożyska metodą Credégo nie zostały wydalone z macicy i jasno wykazuje, że odcinając pępowinę tuż po ustaniu tętnienia płód traci przeciętnie 100 gramów krwi, któreby z łożyska były się do krążenia dostały przy dłuższém czekaniu.

Sposób ten zatém Z. gorliwie zaleca. *(Centralblatt f. Gynaekologie. Nro 1. 1878.)* W. B.....i.

J. E. Dragonmis: **Dokładny a szybki sposób mierzenia ciepłoty.**

Wiadomo, że przy mierzeniu ciepłoty ciała ciepłomierz włożony do pachy pozostawić należy przynajmniéj 20 minut, jeżeli słupek rtęci ma dosięgnąć najwyższego punktu. W chorobach, które wymagają częstego mierzenia ciepłoty, np. co 3—4 godziny, pożądaném bywa skrócenie czasu mierzenia, by nie męczyć chorego, a zarazem zyskać na czasie.

W tym celu zaleca się do wprowadzenia do praktyki lekarskiéj następujący sposób podany dla chemików. Bierze się dwa ciepłomierze jednakowo dokładne, najlepiéj wyrobu Geisslera w Berlinie, z których jeden wskazuje wyższy, drugi zaś niższy stopień ciepłoty, niż ta, która ma być oznaczoną. Ku temu celowi bańkę jednego ciepłomierza pociera się o sukno a wskazywać on będzie niebawem 45° C. Dwa takie ciepłomierze wkładają się pod pachy. Rtęć w jednym będzie opadać, w drugim zaś będzie się wznosić aż do chwili, w któréj obydwa jednakową przyjmą ciepłotę, która będzie ciepłotą szukaną.

Dajmy na to, iż mamy dwa zupełnie dokładne ciepłomierze i wkładamy je pod pachy chorego, którego ciepłota ciała równa się t, podczas gdy pierwotna ciepłota jednego ciepłomierza jest $t - a'$, zaś drugiego $t + a$, to a' i a w obydwóch ciepłomierzach będą się zmniejszać aż do zera. Przypuściwszy początkowo nadto, iż $a' = a$, to musi w obydwóch ciepłomierzach pozostać różnica aż do ciepłoty t zupełnie jednakową, w każdéj więc chwili będzie istnieć równanie

$$t = \frac{(t - a') + (t + a)}{2}$$

Obliczona więc każdéj chwili średnia wartość ciepłot obydwóch ciepłomierzy, będzie tą, któréj szukamy.

Autor wziął dwa jednakowo dokładne ciepłomierze, które wskazywały początkowo 27° C. Za pomocą tarcia ogrzał on jeden z nich do 45° i włożył równocześnie z nieogrzanym w usta. Po upływie minuty wskazał pierwszy 38°.1, drugi zaś 36°.7. Średnia wartość =37°.4. Dokładna zaś ciepłota oznaczona po upływie dwóch i pół minuty (wskazywana przez obydwa ciepłomierze) równała się 37°.6.

Za pomocą więc tego sposobu możemy szybko i dokładnie zmierzyć ciepłotę ciała i dlatego zasługuje on na zastosowanie w celach lekarskich. *(Bericht d. chem. Gesellsch. z. Berlin 1877. Kosmos Zeszyt XI.)* L—ski.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 3go grudnia 1877 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 28.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia uwiadamia kol. Przewodniczący o śmierci kol. Zawilskiego, a podnosząc prawość charakteru i niezmordowaną pracowitość zmarłego wzywa zgromadzonych do uczczenia pamięci jego przez powstanie (Zgromadzeni powstają).

2) Kol. Przewodniczący przedkłada w darze dla biblijoteki Towarzystwa otrzymane prace: 1) Prof. Korczyńskiego: „Zbiór prac klinicznych z r. 1876". 2) Orłowskiego: „O chorobach syfilitycznych i wenerycznych w północnéj Azyi". 3) Kadlera: „O leczeniu przymiotu".

3) Kol. Poniklo przedstawił wyrób anatomiczny dotyczący zupełnego zropienia włókniaka macicy. (Opis tego przypadku znajduje się w Nrze 52 Przeglądu Lek. z roku 1877.)

W dyskusyi zapytuje się kol. Bylicki prelegenta, na czém opiéra swoje ścisłe rozpoznanie, iż ta masa jest ropą ze zropienia włókniaka. Kol. P. odpowiada, że utwierdza go w przekonaniu ta okoliczność, że w jednym z włókniaków znachodzą się w samym miąższu liczne rozpadliny wypełnione ropą, których brzegi badane drobnowidem okazują naciek komórkami wypocinowemi, co naprowadza na myśl, że tą samą drogą odbywała się sprawa zropienia drugiego guza. Kol. prof. Oettinger prosi o wyjaśnienie stosunku tego utworu i macicy pod względem położenia i rozrostu. Kol. P. objaśnia, iż wszystkie te guzy są włókniakami macicy śródmiąższowemi pokryte zcieńczałym i rozepchanym mięśniem macicznym; macica zniekształcona, ja na jéj znikła. Kol. Warschauer zapytuje koll. ginekologów, czy nie możnaby wyłuszczyć przynajmniéj jednéj części takiego włókniaka. Kol. Bylicki odpowiada, iż przy włókniakach mianowicie, jeżeli takowe zupełnie rozszérzyły szyję i częścią w rozszérzonem ujściu się znajdują, wyłuszczenie się wykonywa przez przecięcie torebki i odłuszczenie jéj instrumentami, a co najlepiéj, jeżeli można palcem, poczém pociągając szczypczykami lub palcami, jeżeli się to zrobić daje przy sprzyjających warunkach, udaje się niekiedy wydobycie. Przy włókniakach jednak tych rozmiarów jak okazany, chociażbyśmy w opisany sposób przygotowali go do wyłuszczenia, zachodziłaby uzasadniona obawa niedokończenia operacyi, a wówczas sprowadzilibyśmy tylko pogorszenie niebezpieczne, przez pozostawienie łatwo rozpadowi posokowemu uledz mogącego nowotworu. W przypadkach takich pozostaje jeszcze częściowe odejmowanie najlepiéj o tyle, o ile nowotwór występuje z ujścia; i w sposób ten widział 3 razy powtórzoną operacyję aż do zupełnego uleczenia w klinice prof. Madurowicza. Kol. Wilkosz podaje, iż widział taki utwór na klinice prof. Brauna, który wa-

żył około 2 funtów po wyłuszczeniu go z torebki, a który za pomocą przyrządu zgniatającego kawałkami wydobyto. Chora wyzdrowiała. Kol. prof. Madurowicz zapytuje się kol. Ponikły, co było przyczyną śmierci w tym przypadku. Kol. P. odpowiada, iż przyczyną śmierci było zapalenie otrzewnéj. Następnie zabiera głos prof. Madurowicz twierdząc, iż takie ropienie powstaje najczęściéj na wewnątrz włókniaka, a proces wywołujący takie ropienie rozpoczyna się na błonie śluzowéj macicy, tj. na osłonce takich włókniaków, która jest znacznie wypuklona ku wnętrzu macicy z powodu rozrastania się takich nowotworów. Ten rozrost daléj trwa, wypukla błonę śluzową, która przechodzi w zapalenie ropiaste i jest początkiem właściwie takich zmian we włókniakach. Wyłuszczenie włókniaka jest bardzo pożądane i jeżeli się uda, prowadzi do wyleczenia. Sposób w jaki się wyłuszcza opisał kol. Bylicki. Jestto operacyja trudna wtenczas, jeżeli włókniak osłonięty jest błoną śluzową szczelnie przylegającą do niego; jeżeli się zaś czeka, aż włókniak zmięknie, albo przejdzie w ropienie, wtenczas nie przedstawia trudności wyłuszczenie jeżeli macica jest otwartą. Jeżeli włókniak jest znacznéj objętości, tak, że od razu nie może być wyjęty, to się go wyłuszcza częściowo. Taki przypadek miałem przed kilku laty we Lwowie z kol. Czyżewiczem. Chora wyzdrowiała. Kol. Obaliński. Jakkolwiek sposób tłumaczenia zropienia włókniaka podany przez prof. Madurowicza jest zrozumiały, to przecież stosunki w wyrobie przedstawionym więcéj przemawiają za sposobem przez kol. P. podanym, albowiem w tym przypadku błona śluzowa jest w całości utrzymaną. Kol. prof. Madurowicz namienia, iż nie mówił o tych włókniakach zewnętrznych, tylko o tym, który zajmuje całą jamę macicy. Kol. Bylicki zwraca uwagę kol. Ponikły na możebność także przeobrażenia się śluzakowego włókniaka, co przy zupełném rozmiękczeniu może mieć wszelkie pozory rozpadu. Kol. Ponikło odpowiada, iż mogłoby to być, że ropnie te nie były pierwotne i później dopiero przybrały postać ropni; ale tu właśnie rozpadlina była wypełniona masą ropiastą, któréj strzępki przylegały jeszcze do worków. Nakoniec zapytuje się kol. Wilkosz, czy nie mogła część tych ropniów wychodzić z wypocin zaotrzewnowych. Kol. Ponikło odpowiada, iż po dokładném zbadaniu tychże odpada wszelka możebność zamienienia takowych z wypocinami zaotrzewnowemi.

4) Kol. Browicz mówił „O zmianach nérek w zapaleniu miąższowém ostrém“. (Umieszczone w Nrze 1szym Przeglądu Lekarskiego z r. b.)

W dyskusyi zabierali głos koll. Warschauer, Domański i Kwaśnicki.

5) Kol. Przewodniczący odczytał krótki regulamin dla czynności Towarzystwa, który po krótkiéj dyskusyi prawie bez zmiany przyjęto. *Dr. Dembowski.*

V. Skrajne kierunki w badaniach przyrodniczo-lekarskich ostatnich czasów.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2.)

III.

„I patrzał Bóg na wszystko co uczynił i wszystko było doskonałe.“ W duchu téż mojżeszowéj historyi stworzenia przyrodnicy przez długi czas przypuszczali, że przyroda wyszła z rąk Stwórcy skończoną, że była dziełem doskonałém a nierozwijającém się z biegiem czasu. Najprzod atoli geolodzy, ci archeologowie przyrodnictwa, na podstawie dokumentów w łonie ziemi przechowanych wykazali, że ziemia i wszystko co się na niéj znajduje ma historyję własnego rozwoju, że przyroda doskonali się stopniowo, słowem, że całość stworzenia tylko w dziejach jéj tworzenia pojętą być może. W ślad za nimi bijolodzy z Darwinem na czele wykrywają dzisiejszy rozwój rodu ludzkiego i pochodzenie człowieka z niższéj ustrojowéj formy na zasadzie przemienności kształtów gatunkowych. Powstaje nauka rozwoju, która nie ogranicza się do ciała lecz wkracza w dziedzinę ducha, tworząc filozofiję monistyczną. Ta znów wykazuje w całości stworzenia jedność materyjalnego i duchowego bytu i stopniowe rozwijanie się w szeregu stworzenia najwyższych władz umysłowych i duchowych człowieka.

Wszystko w świecie ducha rozprasza się a na polu materyi wszystko się kupi i zrasta. Dawne ideały padają a w owdowiałych piersiach ludzkości przechadzają się jak mary ruiny ducha, rozstrój i zwątpienie. *Jacta alea est!*

Przyrodnicze badanie z pola spostrzegania zmysłowego i doświadczenia śmiało rzuca się w odmęt abstrakcyjnych poglądów, w dziedzinę przypuszczeń co do życia wszechświata, granic między badaniem a wiarą, w dziedzinę początku i końca wszechrzeczy i na zasadzie owych przypuszczeń wyciąga praktyczne nauki dla wszelkich gałęzi wiedzy ludzkiéj dla moralnego, społecznego i politycznego porządku ludzkości, wołając jak Napoleon I, na skale wygnania „odemnie liczyć się będzie nowéj ery początek.“

Posłuchajmy co mówią nowocześni badacze!

Filozofija monistyczna czyli jednoźródlna, jako wynik przyrodniczéj teoryi rozwoju świata ustrojowego, nie tylko powstawanie ciała ale i ducha ludzkiego objaśnia na zasadzie phylogenii, według któréj wyższe kształty ustrojowe i doskonalsze duchowe zdolności powolnie i stopniowo wytwarzają się w szeregu stworzenia w rozwoju cząstek zarodni, zwanych tworzenkami *(plastidulami)*, które znowu powstają z atomów materyi uduchowionéj *(beseelt)*. Człowiek „korona stworzenia“ ma być potomkiem pnia ojczystego, niższéj ustrojowéj formy, pierwotnego kręgowca. Podobnież myśl i samowiedza, najwyższe duchowe zdolności, są rezultatem powolnego i stopniowego rozwoju, ostatnim szczeblem powszechnéj psychologicznéj sprawy rozwojowéj, idącéj od ducha atomów, przez duszę tworzenek i zbiorów tychże w duszy komórki, obdarzonéj uczuciem i wyobraźnią, wolą i ruchem.

Taki jest twój początek! twoja tajemnica stworzenia!— oto twa przeszłość! woła zagorzały apostoł nowéj doktryny, Ernest Häckel do zdumionéj ludzkości.

Na tym fundamencie epirycznéj psychologii buduje ten myśliciel nowy filozoficzny system przyrodniczy, obejmujący całość wiedzy ludzkiéj i radzi przyjąć go jako podstawę dla religii i moralności, uobyczajenia i wychowania publicznego, wreszcie medycyny i prawa.

Idąc daléj domaga się on wprowadzenia „nauki o rozwoju“ do szkół publicznych. W walce z dualizmem, z zasadą ciała i ducha ludzkiego, postawioną niedawno przez wielkiego fizyjologa Dubois-Reymonda, woła znów inny zwolennik monistycznéj myśli Nägeli, między światem materyjalnym i duchowym nie ma żadnéj przepaści. Doświadczenie okazuje nam powolne stopniowanie, bez widocznych granic, począwszy od najsłabszéj samowiedzy ludzkiéj przez wszystkie stopnie i rodzaje samowiedzy raz niezdolnych do rozwoju, aż do sennéj samowiedzy zarodka, ciemnéj samowiedzy zwierząt wyższych przez wszystkie stopnie ustrojowości zwierzęcéj aż do braku uczucia świata roślinnego. Lecz na tém nie koniec!.

To samo stopniowanie widzimy daléj od życia zwierzęcego jaja i komórki roślinnéj, we wszystkich nieożywionych ustrojowych tworach pierwotnych aż do kryształu i chemicznéj cząsteczki.

Każda cząsteczka białka posiada czucie a ztąd i najniższe zwierzęta i rośliny obdarzone są czuciem.

Wszędzie tak w świecie organicznym jak i nieorganicznym działają te same siły; wszędzie jest życie i czucie, u-

czucie i samowiedza i to wszystko składa się z ogólnych sił i ruchów, i sił świata nieorganicznego. Siła duchowa jest właściwa każdéj cząsteczce materyjalnéj i stanowi ona ich zdolność wzajemnego na siebie działania. Duch zaś ludzki nie jest niczém inném tylko najwyższym stopniem rozwoju spraw duchowych odbywających się na ziemi.

Zaiste sprawdzają się słowa Krasińskiego:

Ziemskości cień
To ducha noc!

Według Nägelego nie ma właściwie granic dla przyrodniczego badania; wszędzie ono jest możebne, o ile nie bywa ograniczone skończonością, niemożebnością liczenia, mierzenia i ważenia, słowem matematycznego poznawania. Co jest dziś niemożebném z niedostatecznego zwiększenia siły zmysłów lub ich wykształcenia, jest w przeszłości i będzie w przyszłości możebném.

Wreszcie pociesza nas Nägele, że i dla wiedzy ludzkiéj istnieje granica *„das Ewige und Beständige, das wie und warum“* oto dla tego jedynie najśmielszy nawet przyrodnik nie zdetronizuje Boga „lecz zaledwie zrobi z Niego konstytucyjnego króla, który panuje ale nie rządzi.“

W taki sposób przemawiano z wielką pewnością w Mnichowie, a jak Virchow powiada nadużywano wolności słowa i badania.

Wszystko to jakby odpowiedzią owego Doktora, który zagadnięty przez Kordjana „Przyszedłeś tu zabijać duszy mojéj duszę“ chłodno mówi „Glinę boską kruszę.“

Dwaj monistycy widocznie zapomnieli o słowach duchowego ojca swéj myśli Darwina: „pewność zwykle częściéj towarzyszy niewiadomości, niż prawdziwéj wiedzy.“ Virchow też znakomicie obdarł te pomysły do dziejów jednostek i całości świata z motylich skrzydeł fantazyi i sprowadził je z pola uniesień przyrodniczéj poezyi na drogę zimnego rozsądku.

Owa pewność filozofii monistycznéj choruje przedewszystkiém na brak dowodów. Nikt dotychczas bowiem umiejętnie nie udowodnił samorództwa, pomimo licznych usiłowań i ogromnéj sympatyi, jaką cieszy się ta teoryja między przyrodnikami; ostatnia zasłona przyrody nie została uchyloną, jak mówi Schiller

„Und noch Niemand hat's erkundet,
Wie die grosse Mutter schafft.“

Teoryja descendencyi również nie została ostatecznie udowodnioną a nawet najnowsze zdobycze antropologii przeczą pochodzeniu człowieka od małpy. Po co strącać dawnych metafizycznych bożków a stawiać nowych z molekularnych ruchów, których nikt nie widział. Czy kto udowodnił istnienia duszy atomowéj, tworzenkowéj i komórkowéj? Z pewnością nie. Nägeli znów całéj swéj teoryi nie popiera należytemi dowodami. Jest ona tylko niebezpiecznym wyskokiem przedwczesnéj dedukcyi, rozszerzaniem w nieskończoność objaśnienia nielicznych szczegółowych faktów. Wszystko w teoryi monistycznéj jest możliwém, mówi Virchow, lecz bynajmniéj nieudowodnioném. Uznać też wypada bez ogródki brak naszéj wiedzy. Twórca celularnéj patologii nie powiedział wprawdzie, jak ów mędrzec grecki: „wiem, że nic niewiem“ lecz udowodnił niejako, iż wszyscy przyrodnicy posiadają tylko półwiedzę *(Halbwissen)*, do któréj otwarcie się przyznał. I nic dziwnego, jeżeli taki uczony chlubi się z niedostateczności naszego poznania; bo najprzód nikt nie może ogarnąć ogółu wiedzy, a po drugie, jasne przeświadczenie o naszéj niewiadomości wskazuje nam nowe kierunki badania, przez co wyświadczamy postępowi umiejętności większą przysługę, aniżeli przez błądzenie po dzikich bezdrożach mglistych teoryj, tonących w fali frazesów. Taką naukę dał Virchow dwom swoim przeciwnikom.

W obec takiego stanu rzeczy czyż można ogłaszać ułudne słów tkaniny zamiast praw udowodnionych? czyż godzi się wpajać w umysły to, czego dokładnie nie wiemy, lecz zaledwie się domyślamy? a tém więcéj żądać, aby tego rodzaju domysły głoszono w szkołach publicznych i zaszczepiano w życiu społeczném, państwowém i umiejętném. Zaprawdę jest to rzecz niebezpieczna, nikt nie zdoła bowiem ocenić należycie następstw takiéj propagandy. Nie tylko nowe prawa i porządki ale nawet nieśmiałe domysły monistów, gdy padną na nieprzysposobioną glebę, odbijają się tysiącznem echem zwątpienia, ile razy przekraczają granice przyrodniczego poznawania, tak pięknie zakreślone przez Dubois-Reymonda. Z tego wychodząc stanowiska Virchow zwraca uwagę na szkodliwość rzucania między lud myśli monistycznych, zmieniających dotychczasowe kierunki pracy duchowéj i porządki myślenia. Jeżeli umiejętności przyrodnicze mają spełnić cywilizacyjne swe zadanie przez tępienie wszelkich niejasnych i błędnych zasad, wykorzenianie przesądów i zabobonów, to powinny zawsze pamiętać o granicach dla okręgów swych badań, aby nie obrażały drogich dla ludzkości uczuć i praw podawanych przez umiejętności spekulacyjne; potrzeba przeto pewnego umiarkowania i ostrożności, abyśmy, mówi Virchow, nie zwrócili przeciw sobie ogółu, uważającego przyrodników i lekarzy za stróżów stojących na straży jego zdrowia i dobrobytu moralnego i materyjalnego. Sam nawet interes wolności słowa i badania wymaga takiéj ostrożności.

Dziś mamy przed oczyma dwa wielkie bojowiska. Na jedném polu zimny rozum i ścisła nauka prowadzi wojnę z przedwczesnemi zapędami egzaltowanych przyrodników; na drugiém religija i umiejętności duchowe walczą uporczywie o prawa ducha, o wiarę, nadzieję i miłość.

W obec tego brońmy mężnie praw myślenia i wolności badania, oczyszczajmy umiejętność od skorupy dogmatyzmu, ubezpieczajmy wolność umysłową w tak obszernym zakresie, w jakim zabezpieczoném zostało prawo własności i wolności osobistéj, ale pamiętajmy, że wszystkie zasady filozoficzne i odkrycia naukowe powinny być sądzone według ich prawdziwości, nie zaś wedle stosunku do modnych, chwilowych prądów. Unikajmy więc wszelkiéj przesady i nadużywania wolności badania. A jeżeli pobudzanie spółczesnéj i teologicznéj nienawiści przeciw wynikom ścisłego badania jest kary godném, to tém więcéj zasługuje na potępienie rozbijanie odwiecznych ideałów i kultów ludzkości taranem nieudowodnionych przyrodniczych doktryn.

Umiejętność dla własnéj swéj godności nie powinna dopuszczać krzywd tego rodzaju.

List z Warszawy.

Do Szanownéj Redakcyi Przeglądu Lekarskiego
w Krakowie.

W 1ym tegorocznym numerze Przegl. Lek., w liście z Warszawy, podane są domysły tyczące się dwóch pism przezemnie redagowanych. Domysły te mogą przynieść szkodę obu pismom, szkodę tak moralną, jak i materyjalną. Ponieważ warszawskie Towarzystwo lekarskie, powierzając mi

redakcyję i administracyję swego organu, powierzyło mi pieczę o jego powodzenie pod każdym względem, ponieważ zarówno też chodzi mi o wydawane i redagowane przezemnie czasopismo popularne p. n. „Zdrowie“, zmuszony jestem do sprostowania faktów.

Co do Pamiętnika:

Po 1e. Podług autora listu, Towarzystwo wydało w roku zeszłym „na utrzymanie“ Pamiętnika rs. 900; wiadomość ta jest mylną, jak to wynika z następującego rachunku. Dochód z prenumeraty Pamiętnika wynosił w r. 1877 rs. 232; 90 egzemplarzy dla członków po cenie miejscowéj czyni 360; wartość kilkudziesięciu wydawnictw peryjodycznych, otrzymywanych w zamian za Pamiętnik, wynosi co najmniéj 108 rs., a więc dochód wynosi 700 rs., a że druk i ekspedycyja Pamiętnika kosztowały około 900 rs., więc Towarzystwo dało na Pamiętnik subwencyi tylko rs. 200.

Po 2re. Premij było trzy a nie 2; otrzymali je: Dr. Skórczewski, P. E. Świeżowski i Dr. A. M. Weinberg.

Po 3cie. „Ograniczone koło czytelników“ jest w istocie wcale obszerném. Pamiętnik oprócz członków czynnych (90) otrzymują prenumeratorzy, wszystkie krajowe i rosyjskie Towarzystwa, wiele zakrajowych, wszelkie czytelnie akademickie, nadto kilkudziesięciu znanych w nauce mężów tak w kraju jak zagranicą. Ponieważ Pamiętnik jest kwartalnikiem, członkowie czytelni i towarzystw mają dość czasu do kolejnego korzystania z nadsyłanego egzemplarza i nie potrzebuje każdy oddzielnie Pamiętnik prenumerować. Dlatego liczba prenumeratorów nie daje miary o liczbie czytelników; faktem jest, że Pamiętnik odbija się i rozchodzi w liczbie mało co mniejszéj od innych pism lekarskich.

Po 4te. Pamiętnikowi „zbywa na współpracownikach“ wedle autora listu; my jednak na ów brak domniemany nigdy się nie skarżyliśmy. W roku zeszłym Pamiętnik zamiast 40 arkuszy (a mogło ich być mniéj ze względu na chromolitografije i litografije), dał 45. Czy to ma braku treści dowodzić? W roku bieżącym jesteśmy także w kłopocie o miejsce. Już piérwszy zeszyt, który w tym miesiącu prasę opuści‘ obejmie nie 10, lecz kilkanaście arkuszy.

Po 5te. Autor listu nie wie „dla jakich powodów Pamiętnik zaczął prenumeratorów tracić“. Dla prostych! Póki w Warszawie wychodziło tylko jedno czasopismo lekarskie (Red: Natanson), Pamiętnik stał lepiéj. Gdy przybyła Klinika, gdy zaczęła się olbrzymia, wydawnicza działalność ś. p. prof. Girsztowta, musiał tracić Pamiętnik. Drugim kardynalnym powodem była coroczna wybieralność redakcyi, resp. i administracyi. Kto zna się cokolwiek na tych sprawach, ten skutki owego systemu aż nadto dobrze zrozumie.

Po 6te. Zniżenie ceny Pamiętnika, a raczéj wrócenie do pierwotnéj, było koniecznem. Pamiętnik był pismem najdroższém obliczonem ze wszystkich pism lekarskich. Już dzisiaj, w pierwszych dniach kwartału, śmiało twierdzie mogę, że wniosek mój da dobre owoce, liczba prenumeratorów stanowczo się zwiększa. Tyle o Pamiętniku, którego nietylko nie mamy nadziei pogrzebać, lecz może przy pomocy kolegów pokrzepić i utrwalić.

O „Zdrowiu“, *pro domo sua*, powiemy krócéj.

Autor listu twierdzi, że uzyskawszy pozwolenie na wydawanie dwutygodnika „Zdrowie“, naprędce doszedłem do przekonania, „że czasopismo takie, ściśle naukowe, dla lekarzy przeznaczone“ nie utrzyma się. W obec tego, z taką pewnością wypowiedzianego zdania o pierwotném przeznaczeniu pisma, mogę tylko prosić każdego kto zechce, aby raczył obejrzeć u nas oryginał pozwolenia i na własne oczy wyraz „popularny“ odczytać. Od początku miałem zamiar wydawać pismo poświęcone popularnéj higijenie, nie zaś medycynie domowéj, któréj zaprzeczam prawa istnienia. Nie próżném narzekaniem ale czynem chciałem zaprotestować przeciw owym popularnym wykładom patologii szczegółowéj, jakie tak obficie pojawiać się od pewnego czasu zaczęły, zwłaszcza w Bluszczu i Kurjerze warszawskim, a o których wpływie na publiczność już się każdy z nas miał niestety sposobność przekonać.

Ze skwapliwością i zadowoleniem notuje autor na dwóch miejscach, że będziemy musieli z inném pismem współzawodniczyć. Zapewniamy atoli, że współzawodnictwo wyrosłe przypadkowo, w okolicznościach zupełnie wyjątkowych, (o których obszerniéj pisać nie możemy, bo nietylko nas dotyczą), nie przerodzi się w zawiść, że współzawodnicy zgodnie zaczęli i zgodnie żyć będą.

Warszawa, 10 stycznia 1878. *K. Dobrski.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 18 stycznia. W ostatniéj chwili przed zamknięciem tygodnika przychodzi nam zapisać nader smutną wiadomość. Zgasła pierwszorzędna gwiazda na widnokręgu naszym lekarskim, która przed niewielu laty świeciła jeszcze tak żywo, a do ostatniéj chwili była chlubą naszą, jak pozostanie nią na zawsze nie tylko dla nas, ale dla świata lekarskiego w ogóle. Dziś rano o godzinie 4éj umarł po kilkudniowéj chorobie **Józef Dietl**, b. Prof. kliniki lekarskiéj i Rektor Uniw. Jagiell, b. Prezydent m. Krakowa, Członek Akademii umiejętn., Członek Izby Panów, Kawaler orderów i t. d. i t. d. Wspomnienie o żywocie pełnym wiekopomnych zasług skreśli w następującym numerze pisma naszego kompetentne pióro prof. historyi med. w Uniw. Jagiell.

Z powodu śmierci prof. Dietla Prezydent miasta zaprasza właśnie członków Rady miejskiéj na zebranie poufne o godz. 3 popołudniu odbyć się mające.

Godzina 4ta popołudniu. Rada miejska na wniosek Prezydenta uchwaliła, aby pochowanie zwłok prof. Dietla odbyło się kosztem miasta. Pogrzeb odbędzie się prawdopodobnie w Niedzielę o godz. 3ciéj.

Kraków, d. 17 stycznia. W Numerze poprzednim wspomnieliśmy o sprawozdaniu, przedstawioném przez prof. Stopczańskiego na posiedzeniu komisyi sanitarnéj miejskiéj. Otrzymawszy sprawozdanie to już po złożeniu przeszłego numeru, podajemy je teraz, ponieważ przedmiot jakkolwiek głównie dla miasta naszego ważny, przecież i ze stanowiska ogólniejszego zasługuje na uwagę.

W okolicy Krzeszowic nad strumykiem bieżącym od Czerny i Paczałtowic wylewa się na południowo-zachodnim stoku wzgórz Czatkowickich pięć źródeł. Jedno z nich ze względu na ilość wody najsilniejsze — źródło główne — wydobywa się w grubości dwóch pięści u podnóża góry, składającego się z wapniu ziemistego częściowo dziurkowatego; obok tegoż w odległości mniéj więcéj $^1/_2$ metra, wytryska drugie źródło grubości małéj pięści; następne źródła są w większéj odległości i wyżéj ku północy położone, a z tych źródło czwarte, przez lud tamtejszy „średni stok“ zwane, składa się z dwóch odnóg blisko siebie tryskających.

Woda tych źródeł jest zupełnie czystą, bezbarwną i bezwonną, w lecie przy źródłach posiada smak przyjemny i dosyć orzeźwiający, mniéj zaś w zimie. Świeżo z źródeł czerpana woda nie perełkuje, w czasie ogrzewania występują z niéj bańki powietrzne, a przy nieco dłuższém gotowaniu wydziela się zmącenie. Rozczyn koraliny dolany do wody świeżo zaczerpniętéj nie utraca wprawdzie swego zabarwienia w zupełności, jednak takowa się nie wzmaga i nie przybiera tła fijoletowego. Ciepłota wody w źró-

dłach wyniosła + 12·5° C. w lecie przy zewnętrznéj ciepłocie do + 35° C.; w zimie zaś przy zewnętrznéj ciepłocie — 1·1° C. zauważano ciepłotę wody w źródłach + 12·3° C.; w tym czasie ciepłota wody w strumyku wyż namienionym wynosiła + 7·5° C. Woda zaczerpnięta z dwóch źródeł (tj. z głównego i trzeciego źródła) w miesiącu czerwcu r. 1876 i przechowana we flaszkach, częściowo szczelnie zamkniętych, częściowo w pracowni chemicznéj często pootwieranych, nie wykazała żadnego osadu na ścianach lub dnie naczyń w ciągu ośmnastu miesięcy, jakoteż nie wytworzyły się w niéj istoty nieorganizowane; toż samo nie zauważano zmiany w smaku, przeciwnie smak téj wody z flaszek po upływie ośmnastu miesięcy jest względnie do smaku wody świéżéj w zimie przy źródłach, na pozór żywszy.

Poszukiwanie amonijaku, kwasu azotawego (N_2O_3) tudzież siarkowodoru dało wypadek ujemny; dla kwasu azotowego nie otrzymano wprawdzie odpowiedniego oddziaływania bezpośrednio we wodzie (próbą brucynową według Reichardta i próbą anilinową), jednak we wodzie zgęszczonéj można było kwas azotowy wykazać, a oznaczenie ilościowe według sposobu Schulzego wykazało 0·045—0·07 kwasu azotowego (N_2O_5) na 100.000 wody; pozostałość nie zczerniała w czasie zawrzenia, a przy oznaczeniu ilościowém tak zwanych ciał organicznych (łatwo utleniających się) spotrzebowano tylko taką ilość nadmanganianu potasu, jaka była konieczną dla rozkładu znanéj ilości kwasu szczawiowego; woda nie zawiéra zatém ciał utleniających się (ciał organicznych.)

Oznaczenie ilościowe składników wody zostało uskuteczniome we wodzie świeżo zaczerpniętéj z źródła głównego i trzeciego, tudzież w wodzie z flaszek po ośmnato-miesięczném odstaniu, — i wykazało w wodzie świéżéj:

	źródło główne	źródło 3cie
pozostałości ogólnéj przy 180° C. wysuszonéj części w 100·000 wody.	20·04	20·92
tlenku wapniu (CaO)	7·112	7·347
„ magnezu (MgO)	1·845	1·977
którym odpowiada węglan wapnia ($CaCO_3$)	12·7	13·12
„ magnezu ($MgCO_3$)	3·88	4·15
tlenku żelaza i glinu ($Fe_2O_3 + Al_2O_3$) . . .		0·32
chloru (Cl)	1·42	0·7
temu odpowiada chlorek sodu (NaCl) . .	2·32	1·17
tlenku potasu (K_2O)	0·005	0·0005
obliczonego z chloroplatynijanu potasu otrzymanego ze zważonych chlorków potasowców w ilości	2·374	1·624
na 100.000 wody		
kwasu siarczanego (SO_3)	0·31	0·24
„ krzemowego (SiO_2)	0·88	0·8
„ węglowego wolnego i pół związanego .	7·6	8·7
„ „ zupełnie wolnego	1·7	2·2
obliczonego z twardości przemijającéj.		
Twardości ogólnéj . .	8·5°	9·2°
„ stałéj . . .	1°	0·9°

według Clarka.

W wodzie z flaszek po 15sto miesięcznem odstaniu oznaczono:

	źródło główne	źródło 3cie
pozostałość ogólną przy 180° wysuszoną . .	20·01	20·9
tlenku wapniu	7·	7·33
„ magnezu	1·736	1·96
kwasu węglowego wolnego i półzwiązanego .	7·4	8·5
Twardości ogólnéj . .	8°	9°
„ stałéj .	1°	0·9°

według Clarka.

W końcu oznaczono w wodzie ze źródła piątego, położonego na samym krańcu źródeł Czatkowickich najwyżéj ku północnemu zachodowi nad mieszkalnym domkiem, pozostałość ogólną po wysuszeniu przy 180° C. na 20 części w 100.000 wody. Dotychczasowego badania chemicznego wody ze źródeł Czatkowickich było głównem zadaniem wykazać, czy woda w pięciu źródłach jest pod względem składu swego zgodną i czyli mogłaby być użytą dla wodociągów miasta Krakowa. Według przedłożonego rozbioru można wnioskować, iż woda ta posiada wielkie zalety dla wody mającéj służyć do wodociągów, z wyjątkiem wyż wskazanéj ciepłoty; również byłoby w każdym razie korzystniéj, gdyby woda zawiérała większą ilość kwasu węglowego zupełnie wolnego. W tym kierunku, jako téż mianowicie pod względem ilości wody, która na pozór zdaje się być dostateczną, należy jeszcze dalsze badania czynić; konieczném jednak będzie poprzód pewne urządzenia przy tych źródłach uskutecznić, gdyż one znajdują się w stanie dzikim, z utrudnionym przystępem, niedozwalającym odpowiednich ścisłych doświadczeń.

* Do sprawozdania naszego podanego w numerze przeszłym o Wiecu stowarzyszeń lek. rakuskich, odbytym we Wiedniu, tyle tylko dodać mamy, że wydział administracyjny nowo obrany ukonstytuował się obrawszy przewodniczącym Dra Gaustera, jego zastępcą Dra Scholza, sekretarzami Dra Kohna i chirurga Prätoriusa, podskarbim zaś Dra Hocka. Obrad prawie żadnych nie było. Następny wiec ma odbyć się we Wrześniu w mieście przez wydział oznaczyć się mającém.

○ Statystyka śmiertelności. W 1 tygodniu (od 20 grudnia 1877 do 5 stycznia 1878) umarło w Krakowie osób 60; 27 mężczyzn i 33 kobiet; 38 osób w obwodach i 22 w szpitalach. Roczna śmiertelność na 56000 stałéj ludności wynosiła 55,7. Równocześnie wynosiła w Warszawie 36,4; w Wiedniu 32,2; w Pradze 40,7; w Tryjeście 44,1; w Bazylei 17,0; w Paryżu 54,4; w Londynie 27,6; w Chrystyjanii 21,1; w Wenecyi 33,2; w Berlinie 19,3; w Gdańsku 38,7; w Wrocławiu 25,9; w Poznaniu 32,7; w Monachijum 32,3; w Dreźnie 21,2; w Würzburgu 42,6. Z chorób zakaźnych zmarło w tym czasie w Krakowie osób 13, mianowicie: z ospy 7 osób nieszczepionych, z płonicy 1, z dławca 1, z gorączki połogowéj 1. z zimnicy 1, z ropnicy 1, z gnilca 1; z chorób zaś płucnych osób 21.

* **Wiedeń.** Na posiedzeniu klasy matem. przyrodniczéj Akademii wiedeńskiéj z d. 10 bm. otworzono pismo zapieczętowane, które prof. A. Frisch jeszcze 11 maja r. z. podał był celem warowania sobie prawa pierwszeństwa. Pismo to zawiéra wyniki badań doświadczalnych autora nad chorobą, występującą u osób zajmujących się czyszczeniem szmat w papierniach, a którą autor uważa za identyczną z wąglikiem *(W. med. Woch.)* Rozpieczętowanie tego pisma na żądanie autora nastąpiło zapewne z powodu sekcyi uskutecznionéj na kobiecie zmarłéj w papierni Schlögelmühl, a o któréj w numerze przeszłym wspomnieliśmy.

* **Niemcy.** Niezadługo ma się ukazać nowe czasopismo p. t. *„Deutsches Archiv. f. Geschichte der Medicin u. med. Geographie“* wydawane przez braci Rohlfsów, które obejmować będzie następujące działy: historyję medycyny, patologiję historyczną, geo-topo-i chorografiję lekarską, biografiję, nekrologiję, bibliografiję, i t. d. *(W. med. Presse).*

* Na katedrę opróżnioną w skutek przeniesienia się Cohnheima do Lipska Wydział lek. we Wrocławiu przedstawił trzech kandydatów w następującéj kolei: proff. Klebsa w Pradze, Ponficka w Gietyndze, Müllera w Jenie.

* **Paryż.** W obecności pp. Tardieua i Devergie zagaił w d. 9 bm. prof. Brouardel wykłady praktyczne medycyny sądowéj w Morgue paryskiéj. Rzecz dziwna, że dotąd uczniowie medycyny w Paryżu poprzestać musieli na słuchaniu wykładów teoretycznych z medycyny sądowéj; — a i teraz niema jeszcze mowy o zakładzie sądowo-lekarskim na wzór zakładów niemieckich, bo uczniowie wprawdzie widzieć będą liczne sekcyje i ćwiczyć się będą w pisywaniu orzeczeń na podstawie protokółów przez profesora dyktowanych, ale i nadal nie będą mieli sposobności pracowania w kierunku doświadczalnym. *(Le Progrès médical.)*

* **Londyn.** D. 29 grudnia odbyło się w auli kolegijum lek w Dublinie uroczyste odsłonięcie pomnika Roberta Jakóba Gravesa, w obecności namiestnika król. ks. Malborough i licznego zgromadzenia. Graves, którego Irlandczycy z dumą nazywają uczniem, kolegą i przyjacielem Wil. Stokesa, zasłużył się nauce licznemi pracami, a był on pierwszym, który umiejętnie opisał chorobę Basedowa.

Dzienniki angielskie rozpisują się o przypadku przeniesienia płonicy za pośrednictwem listu, który z domu zarażonego dostawszy się do rąk dzieci w domu nienagabniętym jeszcze tą chorobą, wywołał płonicę u tych dzieci. *(The Lancet).*

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Hirt we Wrocławiu, który nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry higijeny w Utrechcie, mianowany został prof. nadzw. higijeny we Wrocławiu. — Dr. Hüttenbrenner we Wiedniu obrany został dyrektorem nowo założyć się mającego szpitala dla dzieci w obwodzie IX miasta Wiednia.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Włodz. Skowroński osiadł we Lwowie, Dr. Izyd. Menasche w Żywcu.

* **Nekrologija.** Znakomity lekarz irlandzki Dr. William Stokes umarł dnia 7 bm. w bliskości Dublina. — W Paryżu zmarł znany republikanin Raspail, który jakkolwiek był prawnikiem, poświęcał się jednak z zamiłowaniem botanice i chemii, a upodobawszy sobie hipotezę, jako wszystkie choroby są wynikiem pasorzytów, polecił kamforę i jéj preparaty jako środek uniwersalny i ztąd otrzymał przydomek „kamforzysty.“ — We Wiedniu zmarł nagle Dr. Wilhelm Fleischmann, docent pedyjatryi i lekarz ordyn. w poliklinice, znany z licznych prac.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 23 bm. o godz. 5 popoł. posiedzenie, na którém: 1) Dr. Lutostański imieniem podkomisyi przedłoży projekt statutu zdrojowego wraz z memoryjałem do W. Wydziału krajowego. 2) Dr. Ściborowski odczyta dalszą część rozprawy o zdrojach Krzeszowickich.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. A. S. w. G Artykuł otrzymaliśmy i umieścimy; życzeniom szan. Kolegi pod każdym względem uczynimy zadość. — **Dr. G. w M.** Artykuł otrzymaliśmy i umieścimy. — **Dr. R. w B** Artykuły otrzymaliśmy i umieścimy. — **Dr. A. w N.** Polecamy szan. Koledze następujące dzieła: Krafft-Ebinga: *Lehrbuch d. gerichtl. Psychopathologie 1875, Die transitor. Störungen des Selbstbewusstseins 1868;* Maudsleya: *Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken 1875, Physiologie u. Pathologie der Seele 1870;* Tardieu'a: *Sur la folie 1872;* Szokalskiego: *Fantazyjne objawy zmysłowe,* Kraków 1861. W dziełach tych znajdziesz Kolega i literaturę. Rozprawę szan. Kolegi chętnie umieścimy. — **Dr. K. w Poznaniu:** Serdecznie dziękujemy za życzliwe uznanie, tém cenniejsze, gdy przychodzi ze strony tak poważnéj; artykuł umieścimy niebawem.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 26 Stycznia 1878. **Nr. 4.** Rok XVII.

†

JÓZEF DIETL.

'Ανήρ πολλῶν αντάξιος ἄλλων.
Homer Iliad. XI. 514.

Józef Dietl umarł. Gdy te trzy słowa wionęły po Krakowie, pokryły miasto czarną chmurą żałoby, wywoławszy powszechne a głębokie wzruszenie, które coraz szerszemi kręgami rozeszło się po kraju i coraz daléj w niedojrzane okiem przestrzenie; bo zrozumiano i poczuto, że społeczność straciła jednę z owych niezwykłych potęg, co wydają i szérzą ożywcze prądy, których zbawienne skutki trwają i nie zaginą, póki snuć się będzie pasmo dziejów i przekazywać potomności świetne zdobycze płodnych a dzielnych umysłów.

Są wybrańcy tak hojnie od przyrody wyposażeni, że gdzie tylko się ukażą, górujące zdobywają stanowisko, magnetyczną niejako siłą wszystkich do koła przyciągają i stają się wnet własnością powszechną, powagą wysoko cenioną a przytém poufałą, bo popularną, znaną niemal dziecku każdemu. Należał do nich Dietl. Mężowie téj miary i tego zakroju sami kréślą swój żywot lapidarnemi głoskami widocznych wszystkim dzieł i czynów, a pióro obce zabierające się do tego zadania zawaha się, oczywiście nie dla tego, żeby nie miało o czém pisać, lecz przeciwnie z powodu zbyt obfitego bogactwa cisnącego się natarczywie pod jego koniec, tak dalece, że lękać się należy, aby mu niesprostało i w ścisłém słowa znaczeniu niedopisało, powtarzając blado, co już wiadome, i co nieraz już słyszano.

Trudno jednakże oprzeć się nęcącéj pokusie rozważania sprężyn i objawów téj budującéj działalności, a to tym bardziéj, że każdy szczegół sam przez się pouczający daje nadto powód do oświecających uwag wniosków. Wdzięczna ta praca wymaga atoli więcéj czasu i spokoju, niż go w téj chwili posiada ściśnięte jeszcze bólem serce i drgająca świéżém wzruszeniem ręka; a przecie święty obowiązek, obowiązek synowski, bo mąż nieodżałowany był Przeglądowi Lekarskiemu czułym rodzicem, należąc nie tylko do jego założycieli, ale poruszywszy piérwszy do niego pomysł, nagli do złożenia na świéżym jeszcze grobie hołdu czci, wdzięczności i głębokiego po nim żalu. Więc też poprzestać nam należy dzisiaj na schwyceniu kilku wybitniejszych a znamionujących tę świetną postać rysów, na wyliczeniu jéj niespożytych a wielorakich zasług, jéj z niewała

jących cnót i przymiotów, ze wskazaniem wielkiego ich znaczenia, aby dać miarę bólu, jaki ta niepowetowana strata wywołała. Zaiste byłaby ona wielka i dotkliwa wszędzie, ale w kraju naszym jest ona stokroć dolegliwsza, bo stanowisko osierocone stokroć trudniéj zastąpić się daje, a jeżeli tu dla téj potęgi dobroczynnéj najszersze i najskuteczniejsze bo najodpowiedniejsze istotnéj wielkiéj potrzebie otwarło się pole, to ubytek jéj tém większą a niezapełnioną zostawia próżnię.

Wszakże gdzie stąpiła, gdziekolwiek się zwracała, stwarzała dzieła znakomite, nie tylko pisane, lecz żywe i życiodajne, bo całe ustroje, odradzające się i odradzające, mianowicie płodne w owoce zakłady i urządzenia. Na zasadzie snać prawa przyciągania się dążności nawzajem się dopełniających a przeciwnych, potężna ta osobistość tak ściśle z krajem i jego stosunkami się splotła i zrosła. Rozum bystry, nie tyle krytyczny, ile szeroki, bogaty w pomysły śmiałe i rozległe a przytém wskroś praktyczny, umiejący wielkie cele jasno określać i najtrafniejsze do nich środki dobierać, połączony z hartem woli nieugiętéj, z niezłomną wytrwałością a nieznużoną pracą obok zalet wspaniałéj powierzchowności i światowéj ogłady—oto przymioty, które w tém szczęśliwém skojarzeniu rzadko się napotykają, a rzadziéj jeszcze u nas, gdzie wprawdzie nie zbywa na świetnych darach umysłu i serca: znakomitéj pojętności, wysokich polotach, bujnych pomysłach, szlachetnych porywach i poświęcającéj się ofiarności, ale niezrównoważonych jak tam owemi zdolnościami wykonawczemi, zastąpionemi zwykle jużto skłonnością do wkraczania w zakres marzeń niedostępnych, do rzucania się oślep w szalony wir wypadków bez rozwagi i obliczenia skutków, jużto trwożliwą ostrożnością, nie mogącą z obawy wszystkiego zdobyć się na krok śmielszy a stanowczy, jużto gnuśną opieszałością prowadzącą zarówno jak marne wysilenia do zniechęcenia, zwątpienia i daremnych narzekań na niezwalczone przeszkody.

Praktyczny umysł Dietla nie znosił żadnego marzycielstwa, a unikał zajęć, po których nie można się spodziewać rychłego a namacalnego skutku, ale za nadto był przenikliwy, aby śród pewnych stosunków nie umiał z całą świadomością użyć także mrzonki, ma się rozumieć, że nie dla niéj saméj, ale jako przydatnego środka do jakiegoś celu istotnego; w głowie i pod jego ręką mrzonka także praktyczną stać się musiała.

Są to główne znamiona składające ów olbrzymi talent organizacyjny zarówno znakomity w śmiałém i wspaniałém początkowaniu, jak w dzielném a skuteczném wykonywaniu, talent wynajdujący nie tyle nowych prawd i zasad, ile najtrafniejsze drogi i sposoby ich rozwoju i dalszego zastosowania, nie tyle samodzielny twórca nieznanych kierunków, ile niezrównany szermierz, co wynalezioną już nową bronią gromił skutecznie i stanowczo pokonał zastarzałe przesądy.

Lecz pochwyćmy, abyśmy w mnogości nasuwających się ciekawych szczegółów nie zbłądzili, wątek tego pasma życia, mieniącego wielorakiemi zasługami, jakby uroczą grą barw tęczowych.

JÓZEF DIETL urodził się w r. 1804 w Podbieżu, wiosce Karpackiéj, w obwodzie Samborskim w Galicyi, z ojca Franciszka urzędnika dóbr kameralnych i matki Anny z Kulczyckich. Dziad w przeszłém stuleciu przeniósł się z Węgier do Galicyi, jak podaje Dr. Wurzbach w słowniku bijograficznym *(Biografisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich. Wien 1864.)* w tomie XI. na stronie 393, gdy życiorys Józefa Dietla ogłoszony drukiem w Krakowie w roku 1867 wspomina, że według metryki i ksiąg hipotecznych miasta Łańcuta rodzina jego osiadła tam już była w XV wieku. Nauki pobierał po kolei w Samborze, Tarnowie i Nowym Sączu; z początku żywy chłopiec miał więcéj pociągu do zabaw i dziecinnéj swawoli, niż do książki, lecz już w 5téj klasie gimnazyjalnéj celujące zdolności i pilność zjednały mu drugie miejsce, a ze szóstéj wyszedł z nagrodą piérwszą. Już pierwéj w r. 1819 stracił ojca a z nim główną podporę moralną i materyjalną, gdyż zeszczuplał przesyłany mu z domu zasiłek. Ogołocony prawie z zasobów, lecz zagrzany chęcią dalszego kształcenia się w r. 1821 pojechał do Lwowa, by tam odbyć trzechletni kurs propedeutyki uniwersyteckiéj zwanéj wówczas naukami filozoficznemi. Po roku twardéj pracy i walki z codzienną potrzebą, umiał młodzieniec własną zabiegliwością poprawić swe przykre położenie, wyjednawszy sobie u profesora Kodescha zezwolenie udzielania w jednéj ze sal kolegijum filozoficznego lekcyj matematyki, na które tylu znalazł słuchaczów, iż nietylko konieczne swoje potrzeby zaspokoił, ale i nieco gotówki zaoszczędził

Ze świadectwem celujących postępów wybrał się na nauki lekarskie w r. 1823 do Wiednia, gdzie wyczerpawszy mimo oszczędności szczupły zasób pieniężny, widział się pewnego dnia z 8 krajcarami w kieszeni zagrożonym ciężką niedolą, aż tu w samą porę nadarzyła się lekcyja prywatna, która acz nie bez niesłychanego natężenia cielesnego i umysłowego, dozwoliła mu przynajmniéj ukończyć pomyślnie piérwszy kurs nauki. W następnych usunęło przeszkodę swobodnego kształcenia się w obranym zawodzie uzyskane od ówczesnych stanów galicyjskich stypendyjum w rocznéj kwocie 400 zł. w. a. Otrzymawszy w r. 1829 stopień doktora medycyny, miał sobie niebawem poruczoną posadę asystenta przy kadedrze mineralogii i zoologii, którą zajmował do r. 1833, trudniąc się przez ten przeciąg czasu także wykładami jużto w imieniu własném, jużto w zastępstwie zgrzybiałego profesora Scherera. W téj porze także wypracował po włosku rozprawę konkursową w celu otrzymania katedry zoologii i mineralogii w Pawii, wbrew jednakże jednomyślnéj uchwale profesorów przyznającéj mu pierwszeństwo nad współzawodnikami, zamianowano popieranego innemi silnemi wpływami

Włocha. W r. 1833 został fizykiem powiatowym na przedmieściu zwanem Wieden zyskując na têm stanowisku coraz więcéj zajęcia w prywatném wykonawstwie.

Gdy za jego usilném staraniem w téj dzielnicy miasta nowy założono szpital, objął w tymże, obok piastowanego urzędu, jeszcze posadę lekarza oddziałowego (prymaryjusza), a oba te stanowiska opuścił dopiero w r. 1848, mianowany dyrektorem tegoż zakładu, który piérwszy w stolicy rakuzkiéj pod dzielnym wpływem tego kierownika wystawiono i urządzono według wymagań udoskonalonéj techniki higijeniczno-lekarskiéj.

Zetknięcie się bliższe z wykonawstwem lekarskiém, a zwłaszcza szpitalném, dokonało w umyśle jego zwrotu, który wpłynął stanowczo na dalszy jego kierunek.

Kształcony w szkole dawniejszéj wiedeńskiéj na zasadach dogorywającego już witalizmu, zastępującego ściśle, rozumowo doświadczalne badanie dyjalektycznemi wywodami, wysnuwanemi z kilku spostrzeżeń chwiejnych bo nieokreślonych wybitnie, a popartego nadto wątłym również i na podmiotowych jedynie warunkach opartym zmyśle praktycznym, posługującym się w niedostatku podstawy umiejętnéj bądź dogmatyczném urojeniem, bądź surowym empiryzmem, spostrzegł wnet, powodowany rozumem praktycznym żądającym czegoś pewnego a przynajmniéj dotykalnego, że ten mdlejący kierunek nie rokuje ani życia, ani przyszłości, ani wreszcie jakiegobądź powodzenia, zwłaszcza, że w samym Wiedniu wstrząsnęła jego powagę homojopatyja, nie mówiąc już o sposobie torującym sobie z Francyi drogę, a stosującym metodę ścisłą do sztuki lekarskiéj.

Zawahał się więc, na chwilę skłaniał się ku nauce Hahnemana, ale jéj płytkość nie dogadzała ani jego sprężystemu duchowi, ani jego wymaganiom praktycznym; w têm zwróciły jego uwagę dokonywane w cichości, ale brzemienne w skutki poszukiwania anatomiczno-patologiczne Rokitanskiego w szpitalu głównym, tudzież badania Skody nad zastosowaniem opukiwania i przysłuchiwania do rozpoznania chorób; korzystając więc ze swego stanowiska szpitalno-lekarskiego wstąpił z taką samą skwapliwością na nową drogę, z jaką od dawnéj się odwrócił, jak z zapałem bronił tamtéj, tak tę znów zapalczywie potępiał, tak dalece, że w tym piérwszym zapędzie burzącym posunął skieptycyzm do lekarskiego nihilizmu. Z téj epoki pochodzą pierwsze znamienitsze płody jego pióra ogłoszone po niemiecku. Jedno wyszło w Wiedniu w r. 1846 pod napisem: *„Anatomische Klinik der Gehirnkrankheiten"* osnute przeważnie na wypadkach badań anatomiczno-patologicznych i klinicznych opisanych przez autorów francuskich Andrala, Cruveilhiera, Louisa, Rostana i innych a stwierdzonych w szpitalu wiedeńskim; obznajmia więc Niemców z nabytkami naukowemi Francuzów. Więcéj zwróciło uwagi a nawet silnie poruszyło umysły całego świata lekarskiego na obu półkulach ziemskich drugie dzieło z r. 1848 pod tytułem: *„Der Aderlass in der Lungenentzündung. Klinisch u. physiologisch erörtert"*. W tym utworze autor jako zwolennik obozu reformatorskiego na polu wykonawstwa lekarskiego skrajne zajmuje stanowisko, wypowiadając wojnę na zabój środkowi w dziejach naszéj sztuki naprzemian gorąco zalecanemu i bezwzględnie potępianemu tj. upuszczaniu krwi z naciętéj żyły. Zapewne, że surowa i ścisła krytyka umiejętna nie mogłaby wszystkim przytoczonym dowodom i wywodom mającym usprawiedliwić tę rzuconą na lancet i puszczadło klątwę przyznać pewności niewątpliwéj, ale i z drugiéj strony nie można temu śmiałemu wystąpieniu odmówić téj wielkiéj a płodnéj w zbawienne skutki zasługi, iż powstrzymała rzeczywiście nie tylko niepotrzebny, ale częstokroć nader szkodliwy krwi rozlew.

Dietl z gorączkowego skieptycyzmu prędko znowu ochłonął rozważywszy na zimno, że po nim praktycznych wypadków spodziewać się nie można, umiarkował go więc, porzucił bezwzględną niewiarę w leki a zatrzymał, rozwinął i ustalił ścisłość badania doświadczalnego, streściwszy sam główne zasady swego postępowania lekarskiego, w tych krótkich słowach: „ściśle rozpoznanie, proste leczenie".

Drugi ten zwrot spotkał się prawie z innêm zdarzeniem nie mniéj ważnêm dla Dietla samego, jak dla kraju naszego tj. z powołaniem tamtego na katedrę kliniki lekarskiéj do Krakowa. Nastąpiło ono w r. 1851 po poprzedniém ustném porozumieniu się za pośrednictwem ówczesnego rektora Uniw. Jag. Dr. Józ. Majera, który umyślnie w tym celu do Wiednia się udał, skutkiem uchwały grona profesorów wydz. lekarskiego polecającéj go Ministerstwu oświaty, które się na nią zgodziwszy niebawem ją też wykonało. Dzień 12 maja 1851 jest ową chwilą pamiętną, w któréj Dietl, jak ów tytan, dotknąwszy znowu swéj ziemi i sam spotężniał i jéj sił przysporzył, od któréj te dwa czynniki w ścisłém zespoleniu oddziaływały nawzajem krzepiąc, wzmacniając i dźwigając. W owym dniu objął katedrę i wstępnym niejako bojem showdował sobie młodzież, która z upragnieniem wyglądała mistrza, coby ją praktycznie obznajmiał z pożądanemi nabytkami postępu, znanemi tylko z wieści lub martwych książek, a która widząc gorące swe nadzieje spełnione w sposób przewyższający najśmielsze jéj oczekiwania, chwytając chciwie i podziwiając tę okazywaną im w sztuce dotychczas niewidzianą pewność i oczywistość wypadków, obok wykładu jasnego, żywego, potoczystego, porywającego nieraz siłą swą przekonywającą, nie posiadała się z radości i uwielbienia.

(Dokończenie nastąpi.)

I. Przyczynek do nauki o przyczynach suchot płucnych.

I. Krwotok jako przyczyna pierwotna suchot (*Phthisis ab haemoptoë*).

Podał Dr. **Alfred Sokołowski**,

lekarz przy Zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie na Szląsku.

Do czasów Laënneca panowało między lekarzami powszechne mniemanie, że krwotok lub krwioplucie płucne może być stanowczo momentem wywołującym powstawanie suchot płucnych. Laënnec pierwszy wystąpił stanowczo przeciw temu twierdzeniu, dowodząc, że krwotok lub krwioplucie zawsze jest następstwem już istniejącéj sprawy gruźliczéj; Laënnec (*Traité de l'auscultation médiate Bruxelles* 1828, p. 283); tak samo lecz z większą jeszcze stanowczością dowodził Louis (*Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie. Paris* 1843 p. 608). Zdania owe wygłoszone przez dwie tak wielkie powagi na polu nauki o suchotach płucnych, utrzymywały się niemal jako pewniki do ostatnich prawie czasów. Dopiéro Niemeyer w odczytach swoich o suchotach płucnych wystąpił przeciw temu twierdzeniu, dowodząc szeregiem faktów przez siebie obserwowanych i stwierdzonych badaniami pośmiertnemi, że w wielu przypadkach należy krwotok płucny uważać jako sprawę pierwotną, pociągającą nieraz za sobą powstanie sprawy suchotniczéj; często bowiem, powiada Niemeyer, krew wchłonięta w pęcherzyki płucne drażni je i wywołuje sprawę zapalną, któréj twory ulegają zsérowaceniu i przedstawiają w następstwie zwykłe zmiany napotykane w suchotach płucnych. (*F v. Niemeyer's Klinische Vorträge über die Lungenschwindsucht, mitgetheilt von Dr. Ott. Berlin* 1867, p. 48—65). Tym sposobem, jeśli u osobnika dotąd zupełnie zdrowego, bez wykazać się dającéj dyjatezy dziedzicznéj, wystąpi nagle, bądź to bez widocznéj przyczyny, bądź też w skutek mechanicznego urazu i t. p. powodów, silny krwotok i pociągnie za sobą w następstwie objawy zwykłych suchot płucnych, to te ostatnie sprawy chorobowe należy uważać za następstwo krwotoku (*phthisis ab haemoptoë*). Przeciw owéj nauce Niemeyera wystąpił cały szereg autorów z zarzutami opartemi nie tylko na teoretycznych, ale nawet na doświadczalnych podstawach. Autorowie jako to: Skoda (*Wiener medicin. Presse* 1869 p. 13) Lebert (*Klinik der Brustkrankheiten Tubingen.* 1873, p 185), Pidoux (*Etudes générales et pratiques sur la phthisie Paris* 1873, p. 255), Ruehle (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie herausgegeben von H. v. Ziemssen* B. V 2, p. 29), Perl i Lippman (*Virchow's Archiv* Bd. 51), Buhl (*Lungenentzündung, Tuberkulose und Schwindsucht. München* 1873), i inni zaprzeczali stanowczo możliwości wystąpienia pierwotnego krwotoku, odnosząc go zawsze do już istniejącéj sprawy suchotniczéj. — Z drugiéj jednakże strony wystąpił szereg autorów broniących poglądu Niemeyera, autorowie jako to: Jaccoud (*Traité de pathologie interne Paris* 1875, T. II. p. 21), Albutt (*Die Ueberanstrengung des Herzens etc. herausgegeben von J. Seitz Berlin* 1875, p. 39), Waldenburg (*Berl. klin. Woch.* 1875, Nr. 36 p. 497), Bratbury (*Virchow's Jahresbericht* 1871, p. 117), Bäumler (*Cases of Haemoptysis followed by inflammatory changes in the Lungs. Clinical Society's Transactions*, Vol. II.) i inni cytują w swych pracach szereg obserwacyj klinicznych, przemawiających na korzyść nauki Niemeyerowskiéj, z których szczególniéj przypadki Bäumlera zasługują na uwagę. Nawet na drodze doświadczalnéj wykazał Sommerbrodt (*Niemeyer's-Seitz Specielle Pathologie und Therapie. Berlin* 1874, Bd. I. p. 152) możliwość powstania elementów zasadniczych zapalenia kataralnego u zwierząt, którym wstrzykiwał w drogi oddechowe pewną ilość krwi. Dziwna rzecz, że nawet Lebert, który jak to wyżéj wspomniałem, w swojéj klinice chorób piersiowych stanowczo występuje przeciw nauce Niemeyerowskiéj, w innej publikacyi (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie Octobre* 1877, p. 779) przy opisie suchot występujących z przyczyn urazowych, podaje przypadek (spostrzeżenie 3cie), który niczém inném nie jest, jeno postacią suchot płucnych powstałą w skutek naglego krwotoku.

W ciągu trzech lat ostatnich, miałem sposobność obserwować w tutejszym zakładzie leczniczym następujące przypadki suchot płucnych, które tak swoją ajtyjologiją, jakotéż i przebiegiem, różniły się znacznie od zwykłych postaci suchot płucnych, i przedstawiały typowe postacie tak zwanéj *phthisis ab haemoptoë*.

I. J. lat około 30 mający, służący zakładowy; usposobienie dziedziczne stanowczo wykluczyć się daje; służący ów przedstawiał typ prawdziwego zdrowia, był wzrostu krępego obok znakomicie rozwiniętéj klatki piersiowéj, miał również dobrze rozwinięty układ kostny i mięśniowy, pomimo znacznéj pracy fizycznéj, jaką zmuszonym był odbywać z powodu swéj służby, czuł się zawsze silnym i zdrowym. Przed 3ma laty, zajmując się badaniami spirometrycznemi badałem objętość płuc wielu indywiduów zdrowych, a między innemi również i u owego służącego; objętość płuc wówczas wynosiła u niego pomimo że był małego wzrostu przeszło 4200 c. sz., a jednocześnie wykonane przezemnie badanie fizyczne klatki piersiowéj nie wykazało najmniejszéj nieprawidłowości.

W Marcu 1876 służący ów w skutek nadmiernego wysiłku fizycznego (dźwiganie drzewa na wysokie piętra, oraz natężone trąbienie na dętéj trąbce) rozpoczął pluć w znacznéj ilości krwią, czując się obok tego zupełnie zdrowym; tegoż samego dnia jeszcze widziałem pacyjenta zupełnie bez gorączki a badanie fizyczne klatki piersiowéj nie okazywało najmniejszéj nieprawidłowości. Zaleciłem pacyjentowi spokój i przerwanie na czas jakiś zajęć służbowych. Jednakże pomimo mego zalecenia pacyjent ów, czując się wewnętrznie zupełnie dobrze, już na 3ci dzień powrócił do zwykłych zajęć, a tegoż dnia jeszcze wystąpiło krwioplucie w dość znacznéj ilości i powtarzało się przez następne dni chociaż w daleko mniejszéj ilości. W kilka dni po pierwszém badaniu egzaminowałem powtórnie pacyjenta również z ujemnym jak wyżéj wynikiem; jednocześnie badałem krtań, oraz jamę gardzielową, nie znalazłszy tamże żadnych zmian chorobowych. Pacyjent usuwał się powoli od zajęcia, pomimoto krwioplucie od czasu do czasu występowało; w kilka dni wystąpiło lekkie odchrząkiwanie i rodzaj nieznacznego kaszlu, a jednocześnie zauważył chory nieco utrudnione oddychanie przy wchodzeniu na schody, oraz skarżył się na występujące od czasu do czasu uczucie lekkiego kłócia w okolicy podobojczykowéj prawéj. Pacyjent wówczas z zalecenia mego opuścił służbę i udał się do wsi rodzinnéj położonéj w górach olbrzymich. W lipcu pacyjent powrócił znowu do zakładu, opowiadał, że czuje się zupełnie dobrze, pomimo że krew od czasu do czasu jeszcze się pokazuje, bóle wyżéj wzmiankowane jeszcze nie ustąpiły zupełnie, krótkość oddechu jednakże pozostała, jak również odchrząkiwanie śluzoropnéj plwociny. Badanie klatki piersiowéj wykazało wyraźne stę-

pienie odgłosu wypukowego w okolicy podobojczykowéj prawéj, tamże oddech pęcherzykowy silnie zaostrzony i nieco pojedyńczych rzężeń. — Pacyjent przyjął znowu służbę, chociaż lżejszą i w ciągu przeszło roku był w stanie wykonywać ją, czując się powoli coraz lepiéj. — W początku stycznia 1878 r. badałem znowu chorego, stan ogólny przedstawiał się bardzo dobrym, krwioplucie od kilku miesięcy nie pokazało się wcale, nieznaczna krótkość oddechu pozostaje jeszcze, prawa okolica podobojczykowa przedstawia wyraźne zapadnięcie się i zmniejszone ruchy oddechowe, odgłos wypukowy tamże przytępiony, a obok oddechu nieoznaczonego zaledwie parę suchych rzężeń słyszeć się daje przy przysłuchiwaniu, oraz istnieje wyraźna bronchofonija; objętość klatki piersiowéj około 3500 c. sześć.

Przypadek ten bardzo zasługuje na uwagę, wykazuje bowiem wyraźnie, jak u indywiduum zupełnie zdrowego bez najmniejszego usposobienia dziedzicznego, zamieszkałego w górach na świeżém powietrzu, wśród warunków higijeniczno-dyjetetycznych zupełnie dobrych, wystąpiło nagle w skutek nadmiernego wysiłku obfite krwioplucie, które powoli sprowadziło zgęszczenie prawego szczytu płucnego i dało nam zwykły obraz kliniczny pierwszego okresu suchot płucnych.

II. A., nauczyciel wiejski, lat 32 mający; w rodzinie pacyjenta usposobienie do chorób dziedzicznych daje się w zupełności wykluczyć, pacyjent był zdrów zupełnie pełniąc przez wiele lat ciężkie obowiązki nauczycielskie. $^3/_9$ 74 r. po nadmiernie długim śpiewie, wśród dnia gorącego wystąpił nagle krwotok bardzo silny, który powtórzył się dnia następnego z podobném natężeniem. Pacyjent, który dotychczas nigdy nie kaszlał, począł na 5ty dzień po doznanym krwotoku kaszleć, a jednocześnie wystąpiła silna gorączka z obfitemi potami nocnemi, powoli rozwinęło się osłabienie i znaczne wychudnienie; stan ten trwał do 4-ch tygodni, w czasie którego pacyjent pozostawał w łóżku, poczém stan zaczął się powoli poprawiać, tak, że w kilka miesięcy pacyjent powrócił do swoich zajęć, czując się jednakże osłabionym i doznając uczucia krótkiego oddechu. Kaszel chociaż mniejszy jednakowoż pozostał.

W maju 1875 r. pacyjent przybył do tutejszego zakładu a stan jego wówczas był następujący: stan bezgorączkowy, zapas sił dobry, apetyt i trawienie prawidłowe, klatka piersiowa dobrze zbudowana, w prawym szczycie i okolicy podobojczykowéj stępienie odgłosu wypukowego, tamże wydech słabo oskrzelowy, słaba bronchofonija i nieco rzężeń, kaszel bardzo nieznaczny, suchy; objętość klatki piersiowéj 2400 c. sz. Pacyjent pozostawał około 5ciu miesięcy w tutejszym zakładzie, gdzie obok leczenia dyjetetyczno-powietrznego używano zimnych natrysków. Stan jego poprawił się znacznie, przybyło go na wadze, kaszel ustąpił zupełnie, a miejscowo obok nieznacznego stępienia pozostał tylko wydech silnie zaostrzony; objętość płuc powiększyła się o 400 c. sz.

III. V., lat 32, gospodarz wiejski z Turyngii; brak zupełny wszelkiéj dyjatezy dziedzicznéj; zdrów do dnia 5 listopada 1874 r.; wówczas w skutek spadnięcia z dość znacznéj wysokości powstał dość silny krwotok (około $^1/_4$ litra), a w kilka dni wystąpił kaszel; pacyjent powrócił do dawnych zajęć pomimo, że pozostał kaszel i nieco krótki oddech i w kwietniu 1876 roku, po silném zmęczeniu wystąpił powtórny również znaczny krwotok z następném kilka tygodni trwającém krwiopluciem, co pacyjenta zmusiło do udania się do tutejszego zakładu. W początkach czerwca, badając chorego znalazłem stan następujący: pacyjent małego wzrostu dobrze zbudowany, klatka piersiowa silnie rozwinięta, w okolicy międzyłopatkowéj prawéj stępienie nieznaczne, wydech oskrzelowy i dość znaczna ilość drobnych, wilgotnych rzężeń, objętość płuc 2800 cm. sz. W ciągu dwumiesięcznego pobytu w zakładzie, gdzie używano leczenia podobnego jak w poprzedzającym przypadku, stan ogólny jakotéż i miejscowy pacyjenta znacznie się polepszył.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Przez Prof. Dra **Korczyńskiego.**

I.

Tętniak tętnicy płucnéj w skutek zapalenia przewlekłego osierdzia. Niedokrewność znacznego stopnia. Skrobiawica narządów wewnętrznych przy rozroście tkanki śródmiąższowéj. Przyostre zapalenie miąższowe nérek. Śmierć z odmy piersiowéj skutkiem rozpadu zawału zatorowego (infarctus ex embolia) w płucu lewém.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3.)

Po wykluczeniu przypadków jednostajnego rozszerzenia pnia tętnicy płucnéj, jakie przydarza się w przypadkach znacznego utrudnienia przepływu krwi przez naczynia włosowate płuc i tętniakowego rozdęcia gałęzi tętnicy płucowéj przebiegających przez jamy suchotnicze, liczba właściwych tętniaków tętnicy płucnéj, znanych i opisanych anatomicznie lub klinicznie, jest bardzo nieznaczną. Przedewszystkiém należą tu przypadki Fletchera i Blankestona *(Med. chir. Transact. Vol. 25.)*, Harlana (przytoczony przez Fullera), Hopego *(Treatise on diseases of the heart.* tłumacz. Beckera. Berlin 1833.), Skody *(Abhandl. ueber Perkuss. u. Auskult.)*, Rokitańskiego *(Krankh. d. Gefaesse* spostrz. 12.), Dlouhego *(Prager Vierteljahrschrift 1848.)*, Gilewskiego *(Przegląd Lekarski* 1868 i *Wien. m. Woch. 1868.)*, Dowsego *(The Lancet 1874. II. 660.)* i Leberta *(Berl. kl. Woch. 1877. 20.)*, które w części objęte są zestawieniem Goldbecka *(Inaug. Diss. Giessen. 1868.)*, obejmującém 20 przypadków po największéj części anatomicznych. Według najobszerniejszego dotąd i przez licznych autorów powtarzanego zestawienia Crispa *(Diseases of the Bloodvessels 1874.)* na 551 przypadków tętniaków przypadają tylko 2 przypadki tętniaka tętnicy płucnéj. Tętniaki te zajmują zazwyczaj cały obwód tętnicy jako t. zw. *aneur. periphericum s. totale*, a bardzo rzadko wypukla się tylko część ściany tętnicy jako t. zw. *aneur. semiperiphericum s. partiale.*

Przeważna część tętniaków tętnicy płucnéj nie została za życia rozpoznaną, nawet w przypadkach, gdzie takowe dochodziły znacznych rozmiarów, gdyż albo nie było wcale objawów właściwych tętniakowi, albo niemożebném było rozróżnienie od tętniaka tętnicy głównéj. Jako przykład trudności rozpoznawczych przytoczę tylko za życia nie rozpoznany przypadek Skody, gdzie tętniak miał rozmiary jaja gęsiego; zdanie Duchka, że t. t. pł. nie wywołuje za życia objawów, któreby umożebniały rozpoznanie; przypadek Bambergera *(Lehrb. d. Krankh. d. Herzens.* str. 457.), gdzie rozpoznawano tętniak tętnicy płucnéj, a sekcyja wykazała tętniak tętnicy głównéj; nakoniec zdanie Oppolzera *(Vortraege, herausg. v. Stoffella I. 305.)*, który twierdzi, że rozpoznanie

t. t. pl. jest niemożebném, jeżeli nie ma na klatce piersiowéj guza tętniejącego.

W naszym przypadku rozpoznanie tętniaka było niemożebném, albowiem wychodził on jako tętniak częściowy z lewéj strony tętnicy płucnéj, tak, że wcale nie przylegał do ściany klatki piersiowéj, nie wywoływał więc żadnych objawów, którehy się dały stwierdzić oglądaniem, obmacaniem lub wypukiem i nie miał téj wielkości, by uciskał narządy sąsiednie; objawy zatoru płuc w obec rozszerzenia prawéj komórki i objawów osłabienia czynności serca można było wywieść z zakrzepicy serca prawego; sam zaś szmer skurczowy zrazu nad tętnicą płucną, później nad mostkiem najwyraźniéj słyszalny pozwalał na inne tłumaczenie a zresztą sam przez się do rozpoznania tętniaka nie wystarczał.

Przy téj sposobności nie będzie zbytecznem zwrócić uwagę na trudności, jakie napotyka się częstokroć w ocenieniu przyrody szmeru, trudności, z których nie zawsze wychodzi się zwycięsko, osobliwie w przypadkach powikłanych. Ogólne prawidło każe uważać szmer słyszalny nad sercem lub wielkiemi naczyniami wtedy jako nieorganiczny czyli dodatkowy, jeżeli jest miękkim, nad tętnicą płucną lub koniuszkiem serca słyszalnym, skurczowym, jeżeli mu towarzyszą buczenia żylne lub objawy niedokrewności, a co najważniejsza, jeżeli niema zmian w sercu, któreby uważać należało jako następstwa wad zastawkowych. Ostatnia najważniejsza cecha odpada jednak w tych przypadkach, gdzie istnieje przerost lub rozszerzenie serca lub zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, pochodzące z innéj przyczyny, wszystkie zaś inne cechy są niekiedy bardzo względne.

Daleko ważniejsze uwagi nastręcza nasz przypadek, tak pod względem klinicznym, jakoteż anatomicznym, a mianowicie:

1. Tętniak powstał skutkiem przewlekłego zapalenia osierdzia. Wykazuje to badanie makroskopowe i drobnowidowe ścian tętniaka, z którego niewątpliwie wynika, że zapalenie szerzyło się z osierdzia na błonę zewnętrzną a ztąd na błonę środkową tętnicy. Autorowie po największéj części pomijają ten sposób powstawania tętniaków pomimo, że Virchow zwrócił uwagę na częstość częściowego zapalenia osierdzia właśnie nad wielkiemi naczyniami, i pomimo, że już Rokitansky (*Handb. d. spec. path. Anat.* 1844. I. 376, 532, 552.) wyraźnie namienia, że zapalenie przewlekłe osierdzia jest ważném ze względu na początki wielkich naczyń z serca wychodzących i że takowe zajmując błonę zewnętrzną naczyń, może wywołać porażenie warstwy sprężystéj, co sprowadzić może rozszerzenie tętnicy głównéj lub dobrowolne pęknięcie takowéj, nastające zazwyczaj jeszcze wśród worka osierdziowego; w innem zaś miejscu, opisując zapalenie naczyń wspomina, „że zapalenie błony zewnętrznéj na początku wielkich naczyń zależne od zapalenia osierdzia zasługuje na szczególną uwagę, że przydarza się czasem na pniu i głównych gałęziach tętnicy płucnéj i że prowadzić może do rozszerzenia osobliwie tętnicy głównéj“. Nowsi anatomowie patologiczni zamilczają o tém przy wyliczaniu przyczyn tętniaków, jakoteż następstw zapalenia osierdzia; chirurgowie, zdaje się, że tylko warunkowo przypuszczają powstawanie tętniaka skutkiem zapalenia tkanin otaczających tętnicę (zobacz O. Weber, w Pitha-Billroth *Handbuch. II. 2. 179*), a w podręcznikach lekarskich o chorobach serca i naczyń spotkać się można co najwięcéj z przypuszczeniem bardzo oględném, że zapalenie osierdzia przy początku wielkich naczyń szerząc się na takowe wywołać może blizny rozciągające się aż do błony środkowéj i stać się przyczyną lub okolicznością usposabiającą do wytworzenia się tętniaka.

W naszym przypadku obok zwiotczenia zapalnego błony zewnętrznéj i środkowéj niemożna również odmówić wpływu na powstanie tętniaka naciąganiu (*Zerrung*) ścięgnistych błon wrzekomych zlepiających początek tętnicy płucnéj z workiem sercowym, a to tém bardziéj, że tętniak polegał tylko na wypukleniu się pewnéj części lewéj ściany tętnicy, i że przy obrotowych ruchach serca podczas każdego skurczu naciąganie to musiało koniecznie mieć miejsce. Że kurcząca się tkanka łączna wytworzona sprawą zapalną może w narządach rurkowatych wywołać wypuklenie się ściany (*Traktionsdivertikel*) takowych, tego najlepiéj dowodzą uchyłki (*diverticula*) tworzące się w gardzielu, oskrzelach i rozgałęzieniach tętnicy płucnéj w przebiegu modzelowatego zapalenia śródpiersia, jakto w ostatnich czasach licznemi przykładami objaśnił Tiedemann. Nieodżałowanéj pamięci prof. Gilewski opisując świetnie rozpoznany przypadek tętniaka tęt. pl. (*Przegl. Lek.* 1868. str. 119.), wychodzi z zapatrywania, że tętniak dobrowolny powstaje z miażdżycy, i że miażdżyca w tętnicy płucnéj wytworzyć się może tylko skutkiem silniejszego napierania krwi na jéj ściany; dlatego przypuszcza, że sprawą usposabiającą do tętniaka tętnicy płucnéj musi być niedomykalność zastawki dwukończystéj lub zwężenie ujścia żylnego lewego, a nawet twierdzi, że t. t. pł. nie może istnieć bez obecności wad w ujściu lewém. W obec naszego przypadku zasadę tę, w ogóle bardzo trafną, trzebaby ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzie tętniakowi t. pł. daje początek sprawa miażdżycowa.

W ogóle ajtyjologija tętniaków, która zyskała trwałe podstawy od czasu Scarpy (1804), ale zarazem nabyła jednostronności w wywodzeniu prawie wszystkich tętniaków dobrowolnych z miażdżycy tętnic, wymaga obecnie ściśléj rewizyi krytycznéj, tak samo, jak wiele innych twierdzeń w nauce lekarskiéj, które przenosząc się z ust do ust nabyły niezasłużenie praw obywatelstwa. Wątpliwości podniesione przez Leberta, że miażdżyca tętnic nie wystarcza do wytłumaczenia powstawania tętniaków, (a to przeważnie z powodów: że takowa jest niestosunkowo częstszą u mężczyzn aniżeli u kobiet, które również podlegają miażdżycy, że tętnice, które jak podkolanowa i głowowa równie często podpadają miażdżycy, nie okazują téj saméj częstości co do tętniaków), zyskują coraz więcéj uznania od czasu, gdy znów zaczęto pilniéj zwracać uwagę na zmiany w błonie środkowéj tętnic. Przedewszystkiém podnieść tu należy prace Helmstaedtera F. (*Du mode de formation des aneurysmes spontanées.* Strassbourg 1873.) i Köstera (*Berl. kl. Woch.* 1875. 322 i 1876. 454.). Pierwszy stara się udowodnić, że przyczyną tętniaków jest pierwotna schorzałość warstwy średniéj, a przeważnie włókien sprężystych, które ulegając przemianie drobinowéj stają się kruchemi. Drugi szuka najczęstszéj przyczyny w pierwotném ograniczoném zapaleniu warstwy środkowéj, w czém pośredniczyć mają naczynia odżywcze (*vasa nutrientia*), wychodzące z warstwy zewnętrznéj (*adventitia*). W sposób bardzo wybitny zanik i zwyrodnienie tłuszczowe warstwy średniéj jako następstwo sprawy zapalnéj przewlekłéj było przyczyną tętniaka groniastego (*aneurysma cirsoides*), opisanego przez Obalińskiego i Browicza (Rozpr. i Sprawozd. z pos. Wydz. mat.-przyr. Akademii Umiej. T. I. str. 175.)

Przypadek nasz jest więc przyczynkiem do ajtyjologii tętniaków wewnątrzosierdziowych, daleko pewniejszym, ani-

żeli przypadek tętniaka aorty, ogłoszony przez Rindfleischa i Oberniera *(Deutsch. Arch. f. kl. M. V. 539.)*

2. Przyczyną większéj wyrazistości szmerów żylnych po stronie lewéj była nieprawidłowa wąskość tętnicy głowowéj i podobojczykowéj lewéj przy prawidłowych rozmiarach żyły szyjnéj wspólnéj i żyły podobojczykowéj. Że szmery słyszalne po nad podstawą serca pochodziły istotnie od żył, za tém przemawia nie tylko ich ciągłość, charakter, zachowanie się podczas wdechu i rozkurczu i inne szczegóły w opisie tych szmerów powyżéj zamieszczone, lecz także brak zmian w rozgałęzieniach tętnicy płucowéj i żył płucowych stwierdzony sekcyją. (W wyjątkowych przypadkach, do których należy przypadek Aufrechta — *D. Arch. f. k. M. XVIII.* — zwężenie rozgałęzień tętnicy płucnéj może być przyczyną szmeru nietylko skurczowego, ale słyszalnego i macalnego tak podczas skurczu, jak i rozkurczu.)

Szmery w żyłach śródklatkowych, wykazane po raz piérwszy przez Cejkę, przydarzają się w ogóle rzadko. Wynika to z zestawień poszczególnych autorów, z których przytoczę tylko najnowsze badania Weila *(Die Auskultation d. Arterien und Venen. Leipzig 1875.)*, który na 237 przyp. szmerów żylnych słyszał je tylko 5 razy nad żyłami bezimiennemi i nad żyłą główną górną *(v. cava sup.)*.

W ogóle szmery żylne występują częściéj i wyraźniéj po stronie prawéj aniżeli po lewéj, tak dalece, że Aran i Gerhardt nie słyszeli ani razu szmerów żylnych wyłącznie po stronie lewéj, a odsetka szmerów tylko po stronie lewéj słyszalnych wynosi według Limana 8%, według Salzera 17%, według Wintricha i Dickorégo 14%, a według Weila 18%.

Nie przypisując szmerom żylnym takiego znaczenia rozpoznawczego, jak Küchenmeister, Hamernik i Richter, ani nie zaprzeczając zupełnie ich ważności, jak to czyni Wintrich, lecz trzymając się drogi pośredniéj zaznaczonéj przez Dickorégo-Seitza a późniéj przez Friedreicha i Guttmanna, zaznaczyć nam wypada, że tak spostrzeżenie kliniczne, jakotéż doświadczenia Th. Webera wskazują wiry krwi wewnątrz żył jako przyczyny powstawania szmerów a wszystkie warunki, które ułatwiają tworzenie się wirów, jako przyczyny powstawania lub zwiększania się szmerów żylnych. W naszym przypadku wiry w żyle głowowéj i bezimiennéj lewéj mogły powstawać łatwiéj z powodów: 1) że żyły te mimo mniejszych rozmiarów odnośnych tętnic okazywały te same rozmiary, jak po stronie prawéj, a więc były wypełnione mniejszą ilością krwi, 2) że chora była w wysokim stopniu niedokrewną, 3) że wpływ przerosłego przedsionka prawego z powodu zmniejszenia się ilości krwi w ustroju musiał się zmniejszyć i 4) że wpływ ten, jak to wynika z obecności falowania na żyle szyjnéj zewnętrznéj prawéj, udzielał się więcéj żyle bezimiennéj i głowowéj prawéj jako mającym przebieg więcéj pionowy.

Być może, że dokładne śledzenie wymiarów naczyń w tych przypadkach, gdzie szmery żylne są słyszalne tylko po stronie lewéj, lub występują silniéj po stronie lewéj, zapozna nas bliżéj z warunkami tego zjawiska, tak samo, jak oznaczanie wymiarów szczególnych narządów rozpoczęte w sposób ścisły przez Beneckego *(Die anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien des Menschen.* Marburg 1878.) rozjaśni zapewne z czasem niejedną ciemną stronę patogenezy chorób.

3. Przerost serca polegał na jednostajnym rozroście tkanki łącznéj międzymięśniowéj. Zmianę tę, jakeśmy się o tém przekonali z własnego doświadczenia, wcale nie tak rzadko napotkać można na zwłokach osób, zmarłych z wad sercowych. Jest ona ważną tak pod względem niepewnéj dotąd histogenezy przerostu mięśnia sercowego, jakotéż ze stanowiska klinicznego ze względu na przyczyny anatomiczne osłabienia mięśnia sercowego. Mimo to spotkać się można z opisem téj zmiany śródmiąższowéj tylko w dziele Leberta *(Traité d'anat. pathol.* Paris 1857 str. 448.) i w rozrzuconych po czasopismach przypadkach, podczas gdy obszerniejsze nawet patologije i anatomije patologiczne zupełnie o takowéj zamilczają opisując tylko przerost tkanki łącznéj w tak zwaném przewlekłém zapaleniu mięśnia sercowego *(myocarditis)*, gdzie między istotą mięsną, najczęściéj w miejscach przylegających do osierdzia lub śródsierdzia, wsuwają się twarde guzy, pręgi lub bliznowate pasma zbitéj tkanki włóknistéj.

Dlatego to w każdym przypadku, gdzie mięsień sercowy przedstawia przy badaniu gołém okiem jakiekolwiek zmiany, powinno się koniecznie poddać takowy badaniu drobnowidowemu. Również powinno być zadaniem przyszłych badań wykazać, czy istnieje jaki związek między bujaniem śródmiąższowém tkanki łącznéj w sercu a w innych narządach, mianowicie w wątrobie i w nérkach. Wybadanie tego związku pozwoliłoby nam dopiero rozstrzygnąć na pewne, czy bujanie tkanki łącznéj w mięśniu sercowym jest przyrody zapalnéj i jakiemu bodźcowi zawdzięcza początek.

4. Zmianom skrobiowatym w wątrobie, śledzionie i nérkach towarzyszyła skrobiawica naczyń włosowatych w sercu. Zwyrodnienie skrobiowate serca wykazane zostało dopiero w najnowszych czasach przez Heschla *(Wien. m. Wochensch.* 1876 Nr. 1 i 1877 Nr. 26.) który jako odczynnik używa atramentu fijołkowego Leonhardego, przyczém tkaniny prawidłowe zabarwiają się na niebiesko, zaś skrobiowato zwyrodniałe na różowo. Równie łatwo i dobitnie można wykazać skrobiawicę serca za pomocą metylanilinu, poleconego przez Cornila *(Archives de Physiologie norm. et pathol.* Ser. II. T. II. 1875. 671), lub jodmetylanilinu poleconego przez Jürgensa *(Virchows Archiv.* 1875. T. 66. 189.)

Co w danym przypadku dało powód do zwyrodnienia skrobiowatego narządów wewnętrznych, rozstrzygnąć niepodobna; to tylko pewna, że nie można było wyśledzić znaków przebytéj kiły. Zbyteczną byłoby rzeczą dowodzić, że zwyrodnienie to stało w ścisłym związku z niedokrewnością i że w części jéj zawdzięczało początek, a w częci podtrzymywało takową.

5. Gdyby obecnie było jeszcze potrzebném tłumaczyć bliżéj obecność przerostu lewéj komórki w przypadkach, gdzie niema zmian w układzie tętnicy głównéj, moglibyśmy odnośnie do naszego przypadku przytoczyć dawniejsze spostrzeżenie Gairdnera, że serce lewe przerasta nieraz w przebiegu przewlekłego zapalenia osierdzia, i powołać się na coraz liczniéj gromadzące się przypadki przerostu serca skutkiem nasilonéj pracy fizycznéj lub przyśpieszonych i nasilonych ruchów serca, wywołanych zmianą w unerwieniu lub w mięszaninie krwi.

III. Oceny i sprawozdania.

Manuel pratique des maladies de l'enfance par D'Espine et Picot. Paris 1877. Ocenił Dr. A. Kwaśnicki.

Od czasu ogłoszenia dzieła Bouchuta o chorobach dzieci, które obecnie doczekało się siódmego wydania, piśmiennictwo pedyjatryczne francuzkie, poprzestając na przekładach prac obcych (Vogla, Holmesa), nie wzbogaciło się żadnym utworem oryginalnym. Lekarze genewscy, między którymi żyją zapewne w całej pełni klasyczne prace Rillieta, ubiegli w tym względzie paryzkich kolegów, a praca prof. D'Espine i Dra Picot, którą mamy przed sobą, wypełnia lukę w dziale pedyjatrycznym literatury francuskiéj.

Nie wyszczególnili wyżéj wymienieni autorowie swego dzieła nowemi teoryjami, ponętnemi przypuszczeniami, nie osnuli swéj pracy na oryginalnych pomysłach, więc nie nie potrafię wyciągnąć z wydanéj przez nich książki, czegoby nie wiedzieli czytelnicy „Przeglądu," śledzący za postępem nauki; a jednak, przechodząc z szczegółowéj oceny do ogólnych poglądów na pracę pp. D'Espine i Picot, przekonany jestem, że nie tylko ona rozpowszechni się między publicznością lekarską, ale posiadając niezaprzeczone zalety dydaktyczne, nie da się łatwo wytrącić z rąk uczącego się. Bouchut, z którego pedyjatryją współzawodniczyć będzie dzieło, o którém mowa, będąc może nadto rozmiłowany w wynikach swych poszukiwań, że tu wspomnę o zapaleniu śródsierdzia bujającém *(Endocarditis vegetans)*, o cerebroskopii, któréj praktyczne zastosowanie na dzieciach, cierpiących na choroby mózgowe, przechodzi z małym wyjątkiem wszystkie usiłowania lekarza i t. d., rozwodząc się za obszernie nad temi szczegółami, naruszył harmonijność szczególnych działów; następnie, nie posiadając daru obrazowego przedstawiania objawów chorobowych, daru, którym Trousseau pociągał słuchacza i czytelnika, Bouchut wyłożył nużąco symptomatologiję; lekowanie jego, nie oparte na fizyjologii, pozbawione jest wszelkiéj umiejętnéj krytyki i nie zdradza najmniejszego kuszenia się o zdanie sobie sprawy, dla czego ten lub ów lek poleca się.

Autorowie genewscy ustrzegli się usterek dzieła Bouchuta: obeznani z piśmiennictwem wszystkich narodów, połączyli oni w swéj pracy wszystkie nabytki wiedzy lekarskiéj aż do ostatnich chwil. Dział anatomii patologicznéj zwyczajnie lekko traktowany w pracach francuskich, jest obrobiony z wielką dokładnością; z wdziękiem wyłożona symptomatologija, napisaną została stylem żywo uprzytamniającym, obrazowym, tym stylem, który wśród natłoku prac lekarskich, wyróżnia dzieło Niemeyera, którym Charcot, Billroth potrafili uczynić suchy przedmiot nie tylko nie nużącym, ale zajmującym i ponętnym. Lekowanie ich proste, racyjonalne, oparte na doświadczeniach klinicznych i fizyjologicznych. Rozmiarami, wyłożeniem, umiarkowanym i krytycznym sądem, dzieło pp. D'Espine i Picot przypomina pracę Steinera, i zapewne osiągnie podobneż powodzenie u publiczności lekarskiéj.

Na politycznie neutralnym gruncie Szwajcaryi podają sobie ręce skrajne kierunki badania lekarskiego, kliniczny i teoretyczny; nie małą będzie korzyścią dla wiedzy i ludzkości, jeśli młoda szkoła genewska, kierując się duchem bezstronności, korzystać będzie tylko z zalet obu szkół, jak to uczynili autorowie dzieła, które z czystém sumieniem polecamy uwadze kolegów.

Listy balneologiczne.

Dra B. Skórczewskiego,
lekarza zdrojowego w Krynicy.

List I.

Słowo wstępne: przyczyna niepomyślnego sądu o balneologii — cel listów — stosunek lekarza domowego do zdrojowego. Dyjetetyka. Uffelmanna, Wiela — przekład polski — Helffta, Flecklesa.

Nie można zaprzeczyć, że balneoterapija nie została przez świat lekarski tak uwzględnioną, jak na to zasługuje doniosłością swych środków leczniczych; i to jest prawdą, że żadnego z tych nieskończenie licznych składników balneoterapeutycznych nie poddano tylu i tak rozmaitym badaniom, jak tego doznały niektóre z leków aptecznych; z drugiéj jednak strony niesprawiedliwie obwiniają naukę o kąpielach, że takowa nie postępuje w rozjaśnianiu swych tajemnic, że spoczywa spokojnie od czasów starożytnych, nie troszcząc się ani o to, co się dzieje w całym zresztą świecie lekarskim. Nie przeczę, że możnaby było daleko więcéj zrobić na tém polu, niż dotąd zrobiono, ale i to jest pewném, że głosy potępienia nie zawsze są sprawiedliwe.

Na sąd niekorzystny o balneologii wpływają liczne warunki, skutkiem których istotnie trudną jest rzeczą odzyskać utracone zaufanie, a składa się nań po części przeszłość, po części i teraźniejszość, która co do szczegółów wiele pozostawia do życzenia. Wielu mamy jeszcze obecnie balneologów, którzy nie mają swego zdania, nie troszczą się o poznanie kardynalnych zasad swéj specyjalności, a znowu jako balneolodzy sądzą, że są uprawnionymi do pomijania wszystkich innych gałęzi nauki medycyny, rozpoczynają praktykę przy zdroju a zapisawszy kilkakrotnie po kilka kubków wody i poleciwszy na los szczęścia używanie kąpieli, z początku dziwią się pomyślności leczenia, potém nabrawszy najlepszéj opinii o sobie, widzą się zmuszonymi podzielić się swą wiedzą z kolegami. Na kilku kartkach ze szumnym tytułem mieści się kwintesencyja ich wiedzy. Z tych prac wydaje się sąd o nauce całéj, bo wśród téj olbrzymiéj masy dzieł, rozpraw i rozprawek giną dla szerszego koła lekarzy poważne prace takich balneologów, którzy pojmując doniosłość swego zadania nie zasklepiają się w raz nabytéj wiedzy, ale postępują z postępem całéj nauki lekarskiéj, a zarazem rozświecają tajemnice swéj gałęzi pomagając sobie odkryciami z chemii, fizyjologii, patologii, farmakologii i t. d.

Quincke w bardzo złośliwy sposób kreśląc ten proletaryjat lekarzy odwiedzających z pomocą biletów wizytowych corocznie niemal wszystkich kolegów większych miast, ocenia wartość takich osobników ze stosunku odwrotnego wielkości pozostawionych biletów, świat zaś lekarski, zdaje się, że taki sam sąd wydaje o całéj balneologii ze stosunku odwrotnego ilości prac pojawiających się rok rocznie w téj gałęzi medycyny. Ale trudno się dziwić temu, że lekarz przerzuciwszy kilka prac zdrojowiska, skoro nie znajdzie tam nic nowego, przeciwnie, co się dosyć często wydarza, skoro przekona się o ignorancyi piszących, mimowoli nabiera wstrętu do dalszego czytania, będąc już uprzedzonym, że i w innych pracach w tym kierunku mieszczą się po części niedorzeczności, po części rzeczy znane. Tak jednak nie jest, wśród plew dużo jest dobrego ziarna, ale szukanie i wybieranie dużo potrzebuje pracy, i to pracy zbyt wielkiéj, aby jéj można wymagać od ogółu lekarzy.

Mniemam, że obowiązkiem lekarza kąpielowego jest ułatwianie Kolegom téj pracy, a to przez zawiadamianie ich o każdéj nowéj zdobyczy wchodzącéj w zakres balneologii w sposób krótki i przystępny, pomijanie wszelkich utopij a uwydatnianie pewników, polecanie dzieł z tego zakresu takich, które mają istotną wartość, a przestrzeganie przed niepotrzebném marnowaniem pieniędzy i czasu. Najodpowiedniejszą do tego wydała mi się forma listów, bo w téj jedynie jeszcze jako tako można łączyć w pewną całość zbiór najrozmaitszych wiadomości. Albowiem celem mych listów nie jest opracowywanie szczególnych kwestyj z balneologii i balneoterapii, ale streszczanie i ocenianie nowych prac w miarę jak takowe z druku wychodzą. W niektórych tylko przypadkach, skoro tego okaże się potrzeba, postaram się, aby najnowsze prace zespoić z dawniejszemi, zaokrąglając je w pewną całość.

Należyte odżywianie chorych, to największe i najtrudniejsze zadanie tak lekarza domowego jak kąpielowego; obaj spotykają się na każdym kroku z olbrzymiemi trudnościami, raz z braku odpowiednich wskazówek fizyjologicznych i patologicznych, powtóre dla licznych a zakorzenionych przesądów i uprzedzeń względem niektórych potraw, a po trzecie z braku odpowiednich dzieł, któreby istotnie pouczyć mogły, jakie potrawy i w jaki sposób winny być chorym podawane. Rok ubiegły obdarzył nas kilku tego rodzaju pracami, z których dwie donioślejsze mają znaczenie, ale każda z nich odmienny nosi charakter, przeto szczegółowo wypada nam się nad niemi zastanowić.

Uffelmann J. *Die Diaet in den acut-fieberhaften Krankheiten. Leipzig 1877*, 8vo str. 132 cena 2 marki 50 fenigów.

W obszernie opracowanym poglądzie historycznym począwszy od Hipokratesa, który wielki kładł nacisk na odpowiednie odżywianie chorych gorączkujących, przechodzi rozmaite zapatrywania na tę sprawę aż do naszych czasów. Obecnie jeszcze stykają się tutaj dwa skrajne zdania: jedni z lekarzy wyniszczają chorych gorączkujących odmawiając im wszelkich pokarmów, inni znowu również szkodzą chorym podając im za wiele lub pokarmy nieodpowiednie a to w celu, aby ich jak najlepiéj odżywiać, ale znaczny zastęp pierwszorzędnych powag naukowych (Lebert, Liebermeister, Niemeyer, Senator i w. i.) postępuje drogą pośrednią, stara się wśród gorączek odżywiać chorych o tyle, o ile można być pewnym, że się nie zaszkodzi pożywnemi pokarmami przez wywołanie zaburzeń w przyrządzie trawienia.

Chcąc jednak zastósować dyjetę dla gorączkujących, należy koniecznie naprzód poznać, jakie w czasie gorączki występują zboczenia w narządzie trawienia, mianowicie jak się zachowuje ślina, sok żołądkowy, żółć, trzustka, sok jelitowy. Ku temu téż skierował autor swe doświadczenia (przeszło 40), z których okazuje się, że ślina (właściwie płyn z jamy ust) wśród ostrych chorób gorączkowych zwlaszcza silnych zmienia się tak ilościowo jak jakościowo, mianowicie zmniejsza się jéj ilość, a w czasie bardzo wysokiéj gorączki prawie zupełnie ustaje jéj wydzielanie, tylko przy powikłaniach mózgowych ilość jéj bywa większą niż w prawidłowym stanie. Ślina gorączkujących jest gęstszą, mętną, lepką, zawiera mniéj ciałek ślinowych, które stają się znowu liczniejszemi, skoro gorączka ustępuje. Najwybitniejszą zmianą w ślinie jest ta, że oddziaływa kwaśno, niekiedy obojętnie, a tylko wyjątkowo alkalicznie, jak w nieżytowém zapaleniu płuc. Przyczyną kwaśnego oddziaływania bywa kwas octowy lub mlekowy. Własność zmieniania skrobi na cukier zmniejsza się a wśród bardzo wysokich, zwłaszcza adynamicznych gorączek ginie zupełnie; niekiedy wśród lżejszych gorączek własność ta jeszcze się wzmaga.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Prof. Wille (w Bazylei): **Ogólne zasady leczenia chorób umysłowych.**

Z wykładu Willego wyjmujemy następujące ważne szczegóły: Podczas gdy dotąd powszechnie przyjętą jest zasada, aby każdego chorego na umyśle czém prędzéj oddano do zakładu, gdzie leczenie ma być najkorzystniejszém, W. wyraża przekonanie swoje, że prawie wszystkie formy obłąkania można leczyć prywatnie bez szkody dla chorego, jeżeli tylko leczeniem zajmuje się lekarz psychijatrycznie wykształcony. Zdanie dotyczasowe opiera się niby na wykazach statystycznych, które autor nazywa złudnemi, podczas gdy prawdą tylko jest, że chorzy na umyśle tém pewniéj spodziewać się mogą uleczenia, im wcześniéj się ich w ogóle leczy rozumowo. W leczeniu prywatném oprócz lekarza na rzeczy się znającego potrzeba tylko jeszcze odpowiednich dla chorego stosunków domowych, a mianowicie możebności odosobnienia chorego w razie zachodzącéj potrzeby. Następujące atoli okoliczności przemawiałyby przeciw leczeniu prywatnemu chorego na umyśle: 1) jeżeli właśnie w stosunkach domowych tkwi przyczyna jego choroby; 2) jeżeli przeważa u chorego popęd niszczenia, zwłaszcza jeżeli samobójstwo jest dziedziczném w rodzinie; 3) jeżeli bieg choroby jest tego rodzaju, że lekarz nie widzi możebności leczenia bez użycia systemu bezprzymusowego, a jeżeli natomiast chorego może oddać do zakładu, w którym system ten konsekwentnie jest stósowanym; 4) jeżeli chory przez niespokojne zachowanie się zakłóca spokój otaczających i sąsiadów; 5) jeżeli się zanosi na chorobę przewlekłą, nieuleczną i ciężką; 6) jeżeli pomiędzy otaczającemi chorego znajdą się osoby mające skłonność do chorób umysłowych lub kobiety w początkach ciąży. Z wyjątkiem tych przypadków, W. spostrzegał chorych, którzy prędzéj wyzdrowieli w domu, aniżeli w zakładzie, a głównie przestrzega przed przeniesieniem takich pacyjentów, u których obłąkanie ostro występujące przypuszcza rokowanie, iż choroba szybko i dobrze przebiegnie.

Przestrzega następnie przed doraźném przypuszczaniem czynnych nawałów krwi do mózgu, jeżeli w początkach zboczeń umysłowych spostrzegamy nastrzykanie spojówek, głowę cieplejszą, tętno przyspieszone i t. d.; są to objawy zazwyczaj w początku choroby występujące, a przez puszczenie krwi i osłabienie ustroju zamieniamy najczęściéj stan ostro przebiegający na przewlekły i szkodzimy nadzwyczaj choremu; w ogóle przypadki leczone upustem krwi zawsze przebiegają nierównie gorzéj, aniżeli przypadki, w których środka tego obosiecznego nie stósowano.

Nihilizm lekarski w obec obłąkanych zachwalony przez niektórych nowszych psychijatrów, ograniczających się do odosobniania i kąpania chorych, według autora nie jest niczém innem, jak zaniedbaniem chorych. Nie wierzy wprawdzie w żadne środki swoiste, ani w skuteczność środków czyszczących i wymiotnych, ale uważa za bardzo ważne środki uspokajające i nasenne. Najdzielniejszym w téj mierze środkiem jest makowiec w niezbyt małych dawkach i w stopniowo większych zadawany; jest on lepszym od morfinu, już dla tego, że nigdy nie sprowadza złych następstw dłuższego le-

czenia morfinowego. Środki wzmacniające, kąpiele ogólne oraz metodyczne 2—3 godzinne zawijania w prześcieradła maczane w wodzie letniéj, ostatnie zwłaszcza w stanach podniecenia, są również bardzo cennemi środkami. Natomiast dłuższe zadawanie większych dawek chloralu sprowadza te same szkody, co morfin. *(Berliner klin. Wochenschr.* 1878, Nr. 3).

L. B.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie XI. z dnia 20go grudnia 1877 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 14.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia, Sekretarz odczytuje pisma nadesłane do Komisyi, a mianowicie:

a) Memoryjał Dra Skakalskiego o obecnym stanie zakładu zdrojowo-kąpielowego w Swoszowicach. W tym przedmiocie zabierał głos prof. Dr. Alth i Dr. Ściborowski, poczém uchwalono oddać wzmiankowany memoryjał do ocenienia osobnemu komitetowi, do którego obrano prof. Dra Altha, prof. Dra Olszewskiego i Dra Ściborowskiego.

b) Odpowiedź Wgo P. Uznańskiego, właściciela Poronina, na zapytanie Komisyi: czy zgadza się na założenie w Zakopaném zakładu leczniczego. Odpowiedź tę udzielono do wiadomości stałego Komitetu zakopańskiego.

c) Memoryjał nadesłany przez Wgo Tomanka, właściciela Miodziusia w Szczawnicy, dotyczący zarządu tego zdrojowiska. Po obszernéj rozprawie, w któréj prócz Przewodniczącego zabierał głos Dr. Ściborowski i Dr. Warschauer, uchwalono, na wniosek Przewodniczącego, wybrać komitet do zbadania w ogóle stanu zdrojowiska w Szczawnicy i poczynienia odpowiednich wniosków w celu udzielenia takowych komitetowi szczawnickiemu Akademii Umiejętności w Krakowie. Do tego komitetu wybrano Dra Lutostańskiego, budowniczego Zarębę, Dra Zieleniewskiego i Dra Warschauera.

2) Dr. Blatteis odczytuje sprawozdanie komitetu wybranego z łona Komisyi balneologicznéj, w celu zbadania memoryjału lekarzy praktykujących u zdrojów w Krynicy, w którym wzmiankowany komitet wykazuje potrzebę zaprowadzenia ulepszeń tak w samym zarządzie, jakoteż w całym zakładzie kąpielowym.

Dr. Lutostański zgadzając się w zasadzie z wnioskami, w rzeczoném sprawozdaniu podanemi, w dłuższéj przemowie wykazuje pożyteczność badania wszelkiego rodzaju niedostatków, w zdrojowiskach naszych spostrzeganych, tudzież wykazywania sposobów ich usuwania i mniema, że tego rodzaju badania winny jedynie służyć do wiadomości Komisyi, aby przy sposobności mogła z nich zrobić użytek. Nie uważa daléj za rzecz stósowną udzielać rad i uwag, z badań tych wynikających, właścicielom zdrojowisk, skoro Komisyja nie jest o nie zapytywaną, gdyż takie postępowanie może dać powód do osłabienia powagi Komisyi w razie gdyby właściciel zdrojowiska owych rad nie przyjął. Stósowniejszém będzie przesłanie do wszystkich zarządów zdrojowych ogólnego wzoru, według którego zdrojowiska nasze urządzone być winny. Wnosi przeto wypracowanie instrukcyi pouczającéj, jak w ogóle zdrojowiska mają być urządzone, ażeby odpowiadały swoim zadaniom. Prof. Dr. Alth nie zgadza się z wywodami Dra Lutostańskiego. Komisyja ma prawo przesyłania swych uwag właścicielom zdrojowisk w razie spostrzeżonych niedostatków, ponieważ powinna działać w interesie gości, uskarżających się na owe niedostatki. I ogólna instrukcyja nie będzie miała mocy obowiązującéj. Dr. Warschauer wnosi, aby wniosek Dra L. uważać za samoistny. Nie tylko że nie widzi nic złego w udzielaniu właścicielom zdrojowisk uwag, lecz owszem uważa za obowiązek Komisyi czuwania nad niedostatkami, w zdrojowiskach naszych istniejącemi i natychmiastowego tymże zaradzenia. Wnosi zatém, aby Komisyja, w myśl wniosku wyrażonego w sprawozdaniu komitetu krynickiego, swoje uwagi i rady przesłała Wys. Rządowi jako właścicielowi Krynicy. Przewodniczący popiera wnioski komitetu krynickiego, poczém Komisyja uchwala przesłać w odpisie sprawozdanie owego komitetu Ministerstwu rolnictwa, Wydziałowi krajowemu, Namiestnictwu, Ekscel. Ministrowi Ziemiałkowskiemu i Dyrekcyi domen i lasów w Bolechowie. Popiera również wniosek Dra Lutostańskiego i radzi poruczyć opracowanie wzmiankowanéj ogólnéj instrukcyi osobnemu komitetowi. Wniosek ten Komisyja przyjmuje z poprawką Dra Blatteisa, aby nie wybierać osobnego komitetu lecz sprawę tę poruczyć wzmocnionemu komitetowi statutowemu, który po ukończeniu swych prac nad statutem zdrojowym ma się zająć ułożeniem zasad umiejętnych, według których zdrojowiska nasze mają być urządzone. W celu wzmocnienia komitetu statutowego Komisyja wybiera Dra Julijana Grabowskiego, inżyniera Łatkiewicza i budowniczego Zarębę.

3) Dr. Ściborowski odczytał pierwszą część obszerniejszéj pracy: „O Krzeszowicach jako zakładzie zdrojowo-leczniczym wód siarczanych,“ która wkrótce ma być drukiem ogłoszona. Po ogólnym wstępie podał uwagi historyczne dotyczące Krzeszowic i zdrojów miejscowych, wymienił lekarzy, którzy począwszy od r. 1780 do podniesienia tychże się przyczynili, wspomniał o literaturze, obszerniéj zaś zastanawiał się nad stosunkami geologicznemi Krzeszowic i okolicy.

Prof. Dr. Alth namienia, że w opisie geologicznym nie uwzględniono wieku względnego pokładów. W okolicach Krzeszowic prócz formacyi Jura, kredowéj i węglowéj występują liczne formacyje dewońskie i trias, oraz brunatne wapienie formacyi Jura. Na warstwie kredowéj spoczywa pokład gliniasty, który znów pokrywają iły trzeciorzędne, odpowiadające iłom wielickim i swoszowickim, mieszczące w sobie bryły gipsowe. W tych iłach trzeba szukać początku siarczanych zdrojów krzeszowickich, które prawdopodobnie powstają w skutek działania istot organicznych na gips. Mag. farm. Hoff z powodu obecności dolomitów z pirytami, kredy i gipsu w okolicy Krzeszowic, zwłaszcza koło Pisar, upatruje podobieństwo do pokładów węgierskich w Budzie, z których biorą początek zdroje dzielnéj wody gorzkiéj. Z tego powodu zwraca uwagę na potrzebę robienia poszukiwań w okolicy, które prawdopodobnie mogłyby doprowadzić do odkrycia zdrojów wody gorzkiéj, mogącéj zastąpić zagraniczne, tak często u nas używane. Komisyja postanawia rzecz tę poruczyć Komisyi fizyjograficznéj, prosząc ją o zarządzenie czego potrzeba, aby podobne poszukiwania mogły być robionemi.

4) Dr. Ściborowski zawiadamia, iż właśnie odebrał wiadomość o znajdowaniu się zdrojów wody gorzkiéj przeczyszczającéj w Galicyi we wsi Tuczańskie pod Łupkowem w pobliżu stacyi Szczawne. Wody téj parę baryłek nadesłano dla próby. Komisyja na wniosek Dra S. postanawia prosić prof. Olszewskiego o zbadanie téj wody i orzeczenie, czy takowa zasługuje na uwagę i bliższe badanie stosunków miejscowych.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 25 stycznia. *„Non omnis moriar, multaque pars mei vitabit Libitinam* — słowa te w późnych latach jakby echem odzywać się będą z każdego zakątka ziem naszych na wspomnienie Józefa Dietla“ — temi słowy pożegnał p. Prezydent miasta zwłoki wielkiego swego poprzednika. Uznanie to świetne, jak niemniéj mowa wypowiedziana nad grobem przez prorektora uniwersytetu, podnosząca zasługi liczne zmarłego, napawają lekarza tém większą dumą, ile że obie mowy wygłoszone zostały przez prawników, że więc pochwały oddane wielkiemu naszemu nauczycielowi nie były wygórowanemi. Przesada zaś, którą trącą częstokroć mowy pogrzebowe, jest wstrętną zwłaszcza tam, gdzie stoimy nad zwłokami olbrzyma, który zasługi swoje sam zapisał do nigdy nie butwiejącéj księgi dziejów. Dlatego też uważamy za nieuzasadnione żale tych kolegów, którzy nie pojmują, dlaczego nad grobem piérwszego lekarza polskiego, którego sława nie zamykała się w obrębie rogatek miejskich lub granic kraju, lecz którego historyja medycyny zaliczyła w poczet myślicieli, będących własnością całego świata, dlaczego nad grobem takiego męża, na którego medycyna polska tak długo czekać musiała, nie przemó-

położył jako lekarz, bo wszak Dietl był głównie i przedewszystkiem lekarzem, a potém dopiéro posłem, prezydentem miasta itd. Powtarzamy: żale te nie są uzasadnione. Wszak czcigodny prezes Akademii Umiejętn. a przyjaciel serdeczny zmarłego, zerwał się z łóżka boleści i pomimo słabości i sędziwego wieku pospieszył na czele członków akademii, aby słowami płynącemi ze serca pożegnać na katafalku długoletniego towarzysza, a reprezentant przyszłego pokolenia lekarskiego złożył hołd największemu lekarzowi polskiemu w imieniu młodzieży akademickiéj. Przeciwnie, trzeba przyznać — wymaga tego słuszność — że wszystkie stany i warstwy ludności brały udział w niepowetowanéj stracie, którą poniósł stan lekarski, a jeżeli za życia wielki człowiek obok uwielbiających napotyka i na ludzi niechętnych, to z chwilą śmierci ustaje wszelka zawiść lub zazdrość; z chwilą śmierci fizycznéj rozpoczyna się nieśmiertelność zasługi. Tę nieśmiertelność zapewniła już Dietlowi historyja.

Jakkolwiek wielki nasz mistrz od kilku lat usunął się był zupełnie od widowni, rzadko kiedy opuszczał domowe zacisze, a przyjmował u siebie tylko przyjaciół i znajomych, jakkolwiek cierpieniem fizycznem był skołatany, przecież bystrość umysłu zachował aż do ostatniéj chwili życia swego. Gdy przed rokiem odwidziliśmy go po raz ostatni, podziwialiśmy tę świeżość umysłu i trafność sądu, która go zawsze znamionowała; fizycznie prawie bezwładny czytywał ciągle i przemyśliwał nad uporządkowaniem swoich zapisków, aby je wydać drukiem. To téż wiadomość o krótkiéj jego chorobie i śmierci stała się smutną prawie niespodzianką. Wrażenie było ogromném. Tysiące ludzi snuło się ciągle, aby jeszcze raz obaczyć drogie oblicze i owe charakterystyczne rysy, których nikt nie zapomni, kto je choć raz tylko widział. Miasto całe poczuło a wraz z niém i kraj, że strata jest niezwykłą, a wyrazem tego uczucia była uchwała Rady miejskiéj, aby pogrzeb odbył się kosztem miasta.

Przy katafalku młodzież akademicka, straż ochotnicza i urzędnicy magistratu trzymali straż honorową przez sobotę i niedzielę przedpołudniem: przed trumną leżały oznaki godności burmistrza oraz ordery: Franciszka Józefa, korony żelaznéj i Grzegorza W. W sobotę popołudniu i w niedzielę złożyli u trumny wieńce: Dziekan wydz. lek. prof. Piotrowski i proff. Korczyński i Oettinger imieniem wydziału z napisem: „Grono profesorów wydz. lek. uniw. Jagiell. zasłużonemu Koledze“, docent Dr. Domański imieniem Tow. lek. krak. z napisem: „Tow. lek. krak. swemu Członkowi honorowemu“, prof. Janikowski i redaktor imieniem Redakcyi Przegl. Lek. z napisem: „Redakcyja Przegl. Lek. Założycielowi tego pisma“; następnie złożono wieńce z napisami: „Towarzystwo lekarzy galicyjskich profesorowi Dietlowi“, „Lekarze m. Tarnowa najznakomitszemu lekarzowi polskiemu“, „Słuchacze medycyny Józefowi Dietlowi“, „Młodzież uniwersytecka Józefowi Dietlowi“, „Rada miasta swemu Prezydentowi“, „Wdzięczne Polki Dietlowi“, „Od Litwinek i Litwinów“ itd.; wszystkich wieńców było 19. Wieńce te podczas pochodu pogrzebowego znajdowały się na trumnie, podczas nabożeństwa zaś stroiły katafalk, a następnie jako pamiątka oddane zostały rodzinie. W niedzielę prezes Tow. lek. krak. otrzymał depeszę z Brzeżan następującéj treści: „Sekcyja brzeżańska bierze żywy udział w powszechnym żalu po stracie nieodżałowanego profesora Dietla“. (podp.) Madejski, Serkowski. Oprócz wielkiéj liczby obywateli przybyli na pogrzeb ze Lwowa: Prezydent miasta Jasiński, oraz delegowani przez Tow. lek. galicyjskich Drowie Rieger, wiceprezes Tow., Wolek i Dzikowski z Kałusza.

Przez sobotę i niedzielę powiewały chorągwie czarne na ratuszu, na wieży ratuszowéj, na Sukiennicach, na wszystkich zakładach uniwersyteckich i szpitalach, na bramie Floryjańskiéj, a podczas pogrzebu i na niektórych domach prywatnych, a pomiędzy temi i na domu chorego właśnie Rektora Uniw. W niedzielę o godzinie 3ciéj popołudniu śród ogromnego tłumu ludności, przy zamkniętych sklepach i palących się w latarniach płomieniach gazowych wyruszył kondukt z pomieszkania zmarłego. Przed bramą Prezydent miasta Krakowa pożegnał zwłoki. Naprzód szedł oddział straży ogniowéj, zakłady dobroczynne, oddział weteranów z chorągwią i muzyką, młodzież szkół średnich, młodzież uniwersytecka z oznakami żałobnemi, duchowieństwo świeckie i zakonne, trzéj urzędnicy magistratu niosący na poduszkach ordery i berło burmistrzów krakowskich. Trumna spoczywała na karawanie sześciokonnym, przybranym w wieńce, otoczonym chorągwiami cechów miejskich i starszymi cechu z godłami swemi. Końce całunów trzymali: Prezydenci Krakowa i Lwowa, Prorektor Uniwersytetu i delegat Akademii, Prezes Tow. lek. krak. Dr. Domański i Wiceprezes tow. lek. galicyjskich Dr. Rieger. Zakarawanem szli: rodzina, Rada miejska, Magistrat, Izba handlowa, Członkowie Akademii, Profesorowie uniwersytetu z insygniami, jeneralicyja, lekarze wojskowi, władze rządowe i autonomiczne, Prezesowie Sądów, Członkowie Tow. rolniczego, korporacyje, instytucyje miejscowe i reprezentacyja zboru izraelickiego. Wśród ogromnego tłoku ludności, zalegającéj wszystkie ulice, pomimo, że wszystkie okna zapełnione były widzami, kondukt poruszał się przez Rynek, ulicę Floryjańską, przez rondel przy bramie, ulicę Lubicz, a kiedy mijał ogród strzelecki, Tow. strzeleckie żegnało strzałami z moździerzy członka swego honorowego. Od bramy cmentarnéj aż do grobu Radzcy miejscy na barkach swych nieśli trumnę, a nad grobem przemówił Prorektor Uniw. prof. Zoll i kandydat medycyny p. Smoliński.

W poniedziałek o godzinie 10téj odprawiło się nabożeństwo żałobne, po którém mowę pogrzebową mówił prof uniw. X. Pelczar. „Dawno już nie pamiętają tak wspaniałego w mieście naszém pogrzebu; nic téż dziwnego, tak bowiem Kraków chował swego Prezydenta“,—temi słowami dziennika naszego politycznego niechaj i nam będzie wolno zakończyć sprawozdanie o ostatniéj czci oddanéj wielkiemu lekarzowi.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 2 (od 6—12 stycznia) umarło w Krakowie osób 50; 29 mężczyzn i 21 kobiet; 23 osób w obwodach i 27 w szpitalach. Roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 45,3; we Lwowie 27,2; w Warszawie 41,5; w Wiedniu 31,8; w Pradze 46,2; w Tryjeście 36,4; w Genewie 29,6; w Paryżu 26,3; w Londynie 25,7; w Liverpoolu 32,6; w Chrystyjanii 18,8; w Wenecyi 30,1; w Królewcu 33,3; w Gdańsku 30,9; w Wrocławiu 25,1; w Poznaniu 27·8; w Monachijum 31,6; w Dreźnie 22,3; w Berlinie 23,4; w Lipsku 25,1; w Hamburgu 34,7. Z chorób zakaźnych zmarło w Krakowie w tym czasie osób 9: z ospy 1 nieszczepiona, z płonicy 1, z dławca 2, z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru osutkowego 1, z ropnicy 1, z czerwonki 1; z chorób zaś płucnych umarło osób 16.

* **Lwów.** Namiestnictwo wzywa doktorów medycyny, którzyby się jako lekarze eksponowani podjąć chcieli leczenia chorych, zapadłych na błonicę nagminną, za zwrotem kosztów podróży i dyjetami 6 zł. w. a. dziennie, aby podania zaopatrzone w uwierzytelniony odpis dyplomu wnieśli bezpośrednio na ręce c. k. krajowego referenta spraw zdrowia. *(Gaz. Lw.)*

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Esmarch w Kielu otrzymał krzyże komandorskie orderów korony wirtemberskiéj i duńskiego Danebroga; prof. Hoppe w Bazylei krzyż kawalerski orderu Grobu Sgo.

* **Nekrologija.** Radzca tajny Dr. Roller, dyrektor słynnego zakładu dla obłąkanych w Illenau, umarł tamże licząc lat 76. — Dr. Wilhelm Stokes, o którego śmierci w przeszłym numerze wspomnieliśmy, był synem prof. fizyki Dr. Whitley Stokesa i urodził się w Dublinie w r. 1804 (a więc był rówieśnikiem naszego Dietla). Nauki początkowe pobierał w Dublinie, medycyny uczył się w Edynburgu, głównie pod Alisonem. Napisawszy rozprawę: *„de ascite“* otrzymał dyplom doktorski w r. 1825, a już w roku następnym otrzymał posadę w Meath Hospital w mieście swojém rodzinném, gdzie przez szereg lat pracował razem z Gravesem. Główne jego dzieła były: *On the Diagnosis and Treatment of Diseasies of the Chest* 1837, *Lectures on the Theory and Practice of Medicine* 1837, *a Treatise on Diseases of the Heart and Aorta* 1855 i *On Continued Fevers* 1874. Był doktorem honorowym uniwersytetów: dublińskiego, oxfordskiego, edymburskiego i kembrydżkiego, członkiem wielu towarzystw z obydwóch stron oceanu, a w r. 1875 otrzymał order pruski *Pour le mérite. (The Lancet).*

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 30 stycznia o godz. 5 popoł. posiedzenie, na którém: 1) Dr. Dzikowski mówić będzie o nowym zakładzie leczniczym w Morszynie, 2) prof. Dr. Wierzbicki przedstawi instrukcyję dla stacyj meteorologicznych niezupełnych, 3) Dr. Ściborowski odczyta koniec rozprawy o wodach siarczanych w ogóle, a w szczególności o wodzie krzeszowickiéj.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. J. w Poznaniu: Na zapytanie szan. Kolegi odpowiemy dopiéro po najbliższém posiedzeniu komisyi redakcyjnéj. — **Dr. S. we Lwowie**: Otrzymaliśmy i dziękujemy. — **Korespondent we Lwowie**: Otrzymaliśmy i umieścimy w przyszłym numerze.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

OGŁOSZENIE.

Z powodu nieprzewidzianego powiększenia kosztów druku wydawanego przezemnie :

Przewodnika do klimatycznego leczenia

widzę się zmuszonym zawiadomić Szan. Kolegów, że tylko Ci dzieło to za cenę 4 złr. (cztery) otzymają, którzy przedpłatę do **Redakcyi Przeglądu Lekarskiego** najdaléj po dzień 15 Lutego nadeślą. Po tym terminie dzieło to nabyć będzie można tylko po cenie 5 złr. (pięć).

Dr. Dobieszewski.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 2 Lutego 1878. **№ 5.** Rok XVII.

JÓZEF DIETL.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Jakby pod ciepłym powiewem wiosny klinika odrodziła się i odżyła, wstąpił w nią duch i ruch nowy, brzęczało i roiło się jak w ulu, mimo zajęcia każdego wolnego kącika zabrakło wnet miejsca, nie tylko dla chorych i uczniów, ale na ustawienie mikroskopów, chemicznych i fizycznych narzadów i przyborów, które teraz dopiéro w pilne zaczęły wchodzić użycie. Zachwyceni słuchacze roznieśli wnet sławę mistrza po za mury szkolne, a rozciekawiona publiczność, tym rozgłosem już z góry do podziwu zniewolona, a utwierdzona w nim bardziéj jeszcze odebraném wprost wrażeniem, jakie na niéj wywarły zespolone szczęśliwie przymioty bystrego rozumu, dosadnego tłumaczenia się ze światową ogładą i okazałą postawą, powzięła wnet do niego nie tylko nieograniczoną ufność, ale i głębokie przywiązanie. D i e t l niebawem stał się bohatyrem dnia, ulubieńcem powszechnym, garnięto się do niego, wyrywano go sobie z rąk, każdy pragnął go poznać, osobiście zetknąć się z nim, choćby na to potrzeba wydobyć z ukrycia jakąś dawno już zapomnianą dolegliwość cielesną. Nic téż dziwnego, że tak podniecone usposobienie, które zwłaszcza u nas przybiera wnet stopień istnego upojenia, daje się łatwo unieść wygórowanéj nad miarę wyobraźni, w któréj zalety istotne, rzeczywiste olbrzymieją i cudowny niemal urok przybiérają. Postać téż Dietla tak zawładnęła w tutejszym zakresie lekarskim, iż stała się poniekąd uosobieniem całéj sztuki, pewnym rodzajem nieomylnego proroka, jedynego objawiciela jedynéj prawdy, po za którą żadnéj innéj już nie ma, ani téż potrzeba. Stąd poszło, że niektórzy z jego uczniów olśnieni jego wielbioną powagą w dobréj wierze mniemali i głosili, że cała nauka medycyny od D i e t l a się poczęła i na nim się kończy, bo on jest twórcą i wyobrazicielem nowéj szkoły, a tylko w s z k o l e D i e t l a jest prawda i zbawienie. Wszakże dziś jeszcze nierzadko z takiém zdaniem spotkać się można, zwłaszcza z ust nielekarskich, przypisujących wspomnianemu znakomitemu mężowi zasługę, do jakiéj sam nierościł sobie tytułu, jakoby sam jeden, jak Jowisz Minerwę porodził ze swéj głowy nową i całkowicie już uzbrojoną medycynę. Przyczynia się do tego nieporozumienia różne znaczenie, jakie się przywięzuje do wyrazu s z k o ł a, branego raz w ogólniejszém każdego z a k ł a d u lub k a ż d é j udzielanéj w tymże n a u k i bez względu na jéj początek, a drugi raz w określeniu ściślejszém o d r ę b n y c h z a s a d przez pewnego mistrza w y n a l e z i o n y c h lub w y m y ś l o n y c h. Owóż w naszym przypadku m y l n i e zastósowują rozumienie ostatnie, gdyż nauka, którą krzewił D i e t l nie jego była utworem, ani odkryciem; we Francyi już dawno przestała być n o w ą a ustaloną była również w Niemczech a zwłaszcza we Wiedniu. Zasługą jego było, że przyczynił się w części do jéj rozwoju i że ją tu zaszczepił. Była więc nową w Krakowie tylko, a była nie tylko właściwą temu jednemu mistrzowi, ale wszystkim już prawie kierownikom klinik, hołdującym postępowi, który i tym razem ze stolicy rakuskiéj do nas zawitał, jak na 30 lat piérwéj przywiózł go również stamtąd poprzednik tego nowatora a wtedy sam w takiejże roli B r o d o w i c z. Gdy tenże w miejsce dogorywającego tu pod Linhartem systemu Browna, wykładać zaczął według zasad kwitnącego wówczas w szkole wiedeńskiéj witalizmu, również zachwycał młodzież, podobnież ogładą i pewnością siebie ujął całą publiczność i także uchodził za potężnego w nauce reformatora, wpływ swój niemniéj rozszerzył po za mury kliniczne lubo śród innych prądów publicznych i prywatnych a w ciaśniejszych granicach drobnéj a zewsząd ściśniętéj rzeczypospolitéj krakowskiéj.

Mimo rosnącego nawału zajęć publicznych i prywatnych Dietl przez rok cały 185½ wykładał oprócz przedmiotów swéj katedry anatomiję patologiczną, która w tutejszym uniwersytecie oczekiwała wtedy jeszcze odrębnego wyobraziciela i profesora.

Zmiana dawnego, zbyt ciasnego systemu wychowania publicznego w państwie rakuskiém pod przewodem Ministra oświaty hr. Thuna, zwolennika po części dobrych urządzeń północnoniemieckich, dozwoliła i naszéj jagiellońskiéj szkole nieco swobodniejszego ruchu, która korzystając z niego ściągała do siebie znakomitsze siły, by to ognisko naukowe wzmocnić i ożywić. Zastał tu powołany z Wiednia profesor na katedrach innych wydziałów mężów takich jak Z. A. Helcla, Winc. Pola, Ant. Maleckiego, Zielonackiego i innych. Jakoż nie tylko w saméj klinice, lecz w całym uniwersytecie, świéży zasiew kiełkować zaczął a nawet dość bujnie podrastać, gdy spadły nagle grom wszystko znów wstrzymał i w niwecz obrócił. Z powodu rzuconego na całą niemal szkołę podejrzenia politycznego jużto oddalono zupełnie, jużto przeniesiono do niemieckich uniwersytetów niedawno powołanych profesorów, zaprowadzono surową karność przez usunięcie zupełne autonomii i zastąpienie jéj urzędem kuratorskim złożonym z członków przez rząd mianowanych tj. z 4 dziekanów z grona profesorskiego pod przewodem kuratora.

Była to dopiéro przegrywka do ciosu głównego, do usunięcia z tego gniazda polskiéj oświaty mowy ojczystéj, a który wymierzyć chciano pod pozorem dobrodziejstwa udzielonego na własne żądanie uniwersytetu.

Dietl z właściwą sobie dosadną stanowczością zgodnie z jednomyślnym prawie głosem wydziału lek. oświadczył się przeciw temu wnioskowi, powodowany zarówno względami dydaktycznemi, jak bystrą przenikliwością, przewidującą wcześnie, że przesadne napięcie wygórowanéj centralizacyi nie mniéj szkodliwe dla państwa jak dla kraju, dłużéj nie wytrzyma próby i że ustąpić będzie musiało kierunkowi wyzwalającemu samodzielne siły społeczne.

Stało się jednak, co z góry było zawyrokowane i nakazano od r. 1854 wykłady w języku niemieckim, uzupełniając w tym celu, jużto oddalonych profesorów, jużto tego, który się narzuconemu warunkowi poddać nie chciał tj. prof. Majera, żywiołami posiadającemi wprawdzie uzdolnienie naukowe, lecz nie obeznanemi ze stosunkami miejscowemi, z usposobieniem młodzieży, a co najsmutniejsza z najskuteczniejszém narzędziem porozumiewania się z nią tj. z mową krajową, przez co tak udzielanie jak pobieranie nauki na nieprzełamane napotykało trudności. Dziwnym trafem pomiędzy przybyłymi cudzoziemcami był także Włoch Albini, przeznaczony na obowiązkową katedrę fizyjologii, zajmowaną przedtém przez Majera, skazanego z powodu jego niezłomnéj stałości na ochotnicze wykłady. Albini nie umiał po niemiecku, daleko mniéj jak jego poprzednik, ale poczytano mu zapewne za zaletę, że o polszczyźnie najmniejszego nie miał wyobrażenia.

Dietl zdołał zręcznością, władając językiem niemieckim wówczas lepiéj nawet niż polskim, z którego naukową terminologiją dopiéro się oswajał, zdołał mówię, ochronić swych uczniów ile tylko można, od szkodliwych następstw tego smutnego w szkole naszéj zwrotu, co mu się téż lepiéj, niż komukolwiek udało; a w roku 1860 jako członek komisyi powołanéj do Wiednia przez Ministra stanu hr. Gołuchowskiego, celem wyjawienia opinii o języku wykładowym w Uniwersytecie, powtórnie z kolegą Majerem stanął w gorącéj obronie mowy ojczystéj, tym razem już z lepszym skutkiem niż poprzednio.

Dźwignął Dietl równie naukowo jak materyjalnie klinikę lekarską, starając się o jéj rozszerzenie, lepsze uposażenie, tudzież dopełnienie pomocniczemi pracowniami. Nalegał na rychłą obsadę katedry anatomii patologicznéj, wyjednał fundusze na zakład chemii patologicznéj i na jéj przewodnika, liczba łóżek z 18 wzrosła do 24, a co najważniejsza podniósł powagę i znaczenie tego zakładu także na zewnątrz w obec zagranicy tak dalece, że cudzoziemcy jużto umyślnie, jużto w przejeździe nie zaniedbywali odwidzać go i zapoznać się z trybem nauki, któremu uznania i pochwały odmówić nie mogli.

Równolegle z czynnością i zabiegliwością nauczycielską i praktyczną, szła téż płodna praca badawcza i piśmiennicza. Pod jego okiem w r. 1852 wydali uczniowie jego Grzywiński i Ulidowski przekład jego dzieła niemieckiego: „Upust krwi w zapaleniu płuc". W następnym roku ukazał się w Wiedniu po niemiecku krytyczny opis szpitali europejskich *(Kritische Darstellung europäischer Krankenhäuser)* owoc podróży odbytéj kosztem rządu po całéj Europie z wyjątkiem Hiszpanii i Portugalii.

Poszukiwania nad zimnicą zawiodły go w r. 1853 do Węgier, Multan, Wołoszczyzny, Turcyi, Grecyi, na wyspy Jońskie i do małéj Azyi. Zebrane spostrzeżenia miały służyć za podstawę do zamierzonego dzieła o zimnicy, którego jednak zdaje się nie dokończył, a przynajmniéj drukiem nie ogłosił.

Zwidziwszy w latach 1854, 1855 i 1856 celniejsze zdrojowiska środkowéj Europy w tygodniku lekarskim wiedeńskim podał ich opis z dołączeniem swych rad i uwag pod tytułem: *„Balneologische Reiseskizzen"*.

Jako członek czynny Towarzystwa naukowego krakowskiego zasilał tegoż roczniki w ciągu tego okresu, obejmującego piérwsze 9-lecie swego w Krakowie pobytu i działania, cennemi swojemi pracami jakoto: O leczeniu zapaleń płuc bez upustu krwi w t. XXI r. 1851; O chininie pod względem jéj przechodzenia do moczu, sposobu działania i użycia terapeutycznego (tamże).

Talent organizacyjny i dzielny w początkowaniu skorzystał wnet z podjęcia przerwanéj przez kilka lat czynności wspomnianego towarzystwa, aby przy niem zawiązać i skutecznie rozwinąć Komisyją balneologiczną ku podnoszeniu i ulepszaniu zdrojowisk krajowych i najbliższych ościennych; tego urządzenia jak był twórcą, tak duszą i kierownikiem.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

I. Leczenie czynne gościa ostrego w porównaniu z leczeniem dawniejszém biernėm.

Skréślił Dr. **Bolesław Sérkowski**,
Lekarz szpitala w Brzeżanach.

I.

Rdzeniem postępu medycyny ostatniego dziesiątka lat jest jak sądzę to, iż opuszczamy coraz więcéj stanowisko bierne, nihilistyczne lub w najlepszym razie symptomatyczne, na którém od czasów Rokitańskiego i Skody terapija chorób wewnętrznych przeważnie się rozpościera.

Nie zadowala już nas ta nauka do niedawna słusznie za najwyższą zasadę uważana, iż skoro nie jesteśmy w stanie żadnéj choroby gorączkowéj ostréj przerwać, ani nawet przebiegu jéj skrócić, powinniśmy się więc tylko starać o to, aby popierwsze choremu niezaszkodzić, a powtóre, aby ustrój chorego wprowadzić w jak najpomyślniejsze warunki, aby tenże mógł przetrwać czas choroby, dopóki przesilenie jéj mocą naturalnego przebiegu nie nastąpi. Podług téj zasady spokojne zachowanie się, podtrzymywanie sił chorego przez odpowiednie zachowanie i pokarmy było i jest dotychczas duszą naszéj terapii we wszystkich chorobach ostrych.

Prócz tego występowaliśmy tylko kiedy niekiedy przeciw groźnym przypadom np. z naparstnicą, chininem; zimnemi okładami na głowę występowaliśmy przeciw zbytniéj gorączce, z morfinem przeciw dokuczliwym bólom i bezsenności, z olejkiem kleszczowinowym, senesem lub przeciwnie z przetworami makowca przeciw zboczeniom w czynnościach przewodu pokarmowego i t. p.

Te były główne gatunki broni przeciw chorobom gorączkowym wymierzonéj. Dzielnie tą bronią władać umieli mistrze nasi, tém większą ich zasługa, iż przez ścisłe badanie a proste leczenie tą szczupłą liczbą środków do świetnych dochodzili wyników. Już ze względu, że terapija ta koiła główne przypady, że wpływała na jaki pomyślniejszy naturalny przebieg choroby, nie godzi się zwać ją nihilistyczną; niemniéj jednak nosi ona na sobie piętno pewnéj bierności, najważniejsze bowiem jéj zalety były ujemnéj natury, tj. starać się nie zaszkodzić, starać się by siły chorego nie podupadły, podczas gdy przeciw istocie choroby czynnie nie występowała.

W obecnym dziesiątku lat staramy się w tém stanowisku biernėm, wyczekującém, robić wyłomy: występujemy czynniéj, energiczniéj, jużto przeciwko najgłówniejszym przypadom np. przeciw gorączce w durze i zapaleniu płuc przez zimne kąpiele, jużto przeciw groźnym powikłaniom np. przeciw zakażeniu ran przez subtelnie obmyślane i ściśle przestrzegane opatrywania ran, już téż wreszcie przeciw saméj istocie choroby np. w gośćcu stawowym ostrym. Jakkolwiek bowiem nie zdołaliśmy jeszcze istoty téj dokładnie poznać, to poznaliśmy środek mogący ją pokonać, podobnie jak od dawniejszego czasu nie znając istoty zimnicy umiemy ją pokonywać za pomocą chininu. Zadaniem piérwszéj części niniejszéj pracy będzie podać przykłady czynnego leczenia gośćca z własnego doświadczenia, a zadaniem drugiéj części tejże, będzie rzucić niejakie światło na zagadkową istotę gośćca ostrego i spokrewnionych z nim chorób z przeziębienia wynikających.

II.

Mówiąc o gośćcu ostrym przedewszystkiém wytłumaczyć się muszę, dlaczego téj dawnéj nazwy się trzymam, jakkolwiek nowsi patologowie między niemi np. Senator, Hueter, Korczyński starają się ją wykluczyć ze słownictwa lekarskiego jako niby nieodpowiadającą teraźniejszym pojęciom patologicznym, a zastępują ją rzekomo lepszą nazwą, np *„polyarthritis rheumatica“* lub *„polyarthritis e causa ignota“* (Korczyński. Przegląd Lekarski 1875, str. 164.) albo *„idiopathica“* podobnie jak się mówi *arthritis syphilitica, tuberculosa, scrophulosa, traumatica* etc.

Ależ chociaż dla oznaczenia pewnego zboczenia kiłowego lub zołzowego powie ktoś *arthritis syphilitica* lub *scrophulosa*, to nie odrzuca przezto ogólnéj nazwy *syphilis, scrophulosis*, bo te oznaczają całokształt przypadów. Tak samo ma się rzecz i z nazwą *rheumatismus acutus*. W biegu wieków urobiła się ta nazwa, przez którą pewien całokształt przypadów rozumiemy, podobnie jak przez nazwę *„typhus“* zbiór innych przypadów rozumiemy, choć z równie nieznanéj przyczyny pochodzących. Już profesor Dietl zwracał uwagę i jak sądzę zupełnie słusznie, iż zapalenie stawów w gośćcu ostrym nie jest istotą choroby, lecz tylko jednym z objawów choroby ogólnéj we krwi tkwiącéj; także Korczyński jest tegoż zdania przypuszczając wytwarzanie się istoty gorączkotwórczéj w stawach gośćcem dotkniętych; skoro tak jest, nie należy więc mianem jednego objawu chrzcić całéj choroby, lecz lepiéj pozostać przy dawnéj nazwie, przez którą już ogół lekarzy a nawet publiczności nielekarskiéj wyrobił sobie cały obraz choroby, a która ma i to dobrego, że słuszności żadnéj teoryi nie przesądza. Daléj mówiąc o gośćcu mięśniowym musielibyśmy powiedzieć *„myositis idiopathica“*. Tym sposobem rozdzielilibyśmy w patologii kilka chorób, choć przekonani jesteśmy, że są spokrewnione i z jednego źródła płyną. Na zapytanie, na co ta osoba chora, łatwiéj i mnie odpowiedzieć i pytającemu zrozumieć, że na gościec czyli reumatyzm, niż że chora jest na mnogie samoistne zapalenie stawów. Tyle co do nazwy, przechodzimy do rzeczy.

Jak w durze, zapaleniu płuc, chorobach wysypkowych ostrych, tak szczególniéj w gośćcu stawowym ostrym stanowisko bierne było panującém. Według zasad np. wielce doświadczonego profesora mego Dietla (O leczeniu gośćca stawowego ostrego. Kraków 1863.) za najwyższą zasadę w leczeniu gośćca ostrego uznano: wstrzymać się w okresie 1ym (2—3 tygodni trwającym) gośćca ostrego od wszelkich środków miejscowych, na stan zaś ogólny działać li tylko przez środki chłodzące i kojące. Do piérwszych należały: lekkie okrycie, temperatura pokoju nie przekraczająca 14° R., napoje chłodne, kwasy mineralne. Jako zaś lek kojący używany był z najlepszym skutkiem octan morfinu w ilości $^1/_8$ ziarna co 3 lub 4 godzin*); przy wielkiéj drażliwości lub osłabieniu łączono go z chininem.

Upust krwi miejscowy i ogólny, sole alkaliczne, winnik wymiotny, zimowit *(colchicum)*, tojad *(aconitum)*, wszelkie wcierania, maści, spirytusy, okłady zimne i ciepłe, uważane były za najszkodliwsze.

W drugim okresie, okresie wessania wypocin podniecano trawienie przez ziółka gorzkie, magnezyję i rzewień *(rheum)*,

---

*) Senator (Ziemssen tom XIII, str. 66.) zaleca zamiast samego morfinu połączenie tegoż z wodnikiem chloralu (np. Hydr. chlorali 10·00, Morph. hydrochl. 0·06, Aquae, Syr. aa 50. Wieczór 1 do 2 łyżek.

wsysanie przez środki alkaliczne i jodowe (*natr. bicarb.*, woda szczawnicka, bilińska, selcerska etc.), wreszcie wzmacniano chorego przez podawanie żelaza.

Jeżeli gościec stawał się chronicznym, zalecano kataplasmata które przez kilka tygodni stósowano, następnie dopiéro, gdy nacieki zmiękły, używano kąpieli słonych i maści jodowéj, a w końcu stósowano opaskę uciskającą plastrową na zajęty staw.

Byłoto więc leczenie bardzo proste i bardzo racyjonalne, które jednak zwłaszcza w 1 okresie odznaczało się biernością przykrą dla chorego i dla lekarza w obec chorego.

Jeszcze daléj w postępowaniu biernèm poszli Scarpari (*Centralblatt f. med. Wiss.* 1872, Nr. 2), Heubner, Concato, Tombrini, Oehme, Riegel, Korczyński (*Przegląd Lek.* 1875, str. 121) i Senator, którzy stawy zajęte zapaleniem gośćcowém oprawiali w przyrządy ustalające z gipsu lub szkła wodnego, zatem spokój i jak najbierniejsze zachowanie stósowali przez 1 do 2 tygodni i zadowalające mieli wyniki, przynajmniéj o tyle, iż bóle a z nimi i gorączka wolniały i przebieg był nieco krótszym. Zapewne jak przy każdém zapaleniu stawów, tak i przy gośćcowém spokój koi bóle i skraca przebieg. W przypadku Korczyńskiego zapalenie gośćcowe kolana przy użyciu przyrządu ustalającego trwało 4 tygodnie. Że postępowanie to w praktyce częstokroć trudne, a niekiedy niepodobne jest do naśladowania, zwłaszcza jeżeli bóle są przelotne, przeskakujące, i wiele stawów nagabują, albo w miejscowości nieprzystępnéj, rozumie się samo przez się.

Tyle o dotychczasowéj terapii gośćca.

III.

Przejdziemy teraz do leczenia téj choroby prawdziwie czynnego, do leczenia rdzennego przeciwgośćcowego, które od dwóch lat szczęśliwie poczęło się rozwijać, a które polega jedynie na podawaniu kwasu salicyłowego.

Od czasu kiedy profesor chemii w Lipsku Kolbe *) złożył kwas salicyłowy z kwasu karbolowego i kwasu węglowego i doświadczył, że ciało to jest środkiem bardziéj odrażającém (*antisepticum*) niż kwas karbolowy, gdyż w wyższym stopniu zapobiega kiśnieniu niż ten ostatni, od tego czasu poczęto go doświadczać w różnych chorobach wewnętrznych i zewnętrznych.

Riess i Buss w Berlinie niezawiśle od siebie doświadczali tego leku jako przeciwgorączkowego między innemi chorobami gorączkowemi także i w gośćcu stawowym ostrym, lecz główne na zmniejszającą się gorączkę po kwasie salicylowym zwracali uwagę.

Natomiast lekarzowi sztabowemu Strickerowi w Berlinie, asystentowi Traubego, należy się zasługa i sława, iż piérwszy zwrócił uwagę świata lekarskiego na nadzwyczajnie pomyślny i niejako swoisty wpływ tego środka na przebieg gośćca stawowego.. Doświadczenia w tym kierunku na 14 chorych zebrane ogłosił Stricker w Nr. 1 i 8 berlińskiego tygodnika klinicznego z r. 1876.

Używał on 5 — 10 gramów kwasu salicylowego na dobę w proszku w opłatku, i przekonał się, że lek ten nie tylko gorączkę i bóle łagodzi, ale i całą chorobę w świeżych przypadkach niekiedy w ciągu jednego, dwóch lub trzech dni przerywa i zupełnie usuwa. W jednym przypadku przekonał się nawet, że obfite wypociny z osierdzia, a prawdopodobnie i ze śródsierdzia ustąpiły zupełnie.

Jakkolwiek kwas salicylowy zapobiega wytwarzaniu się wad organicznych w zastawkach serca, to wytworzonych już równie jak następstw zadawniałych nie usuwa.

Zazwyczaj podawał Stricker $\frac{1}{2}$ — 1 grama sproszkowanego kwasu co godzinę tak długo dopóki gorączka, bóle, zaczerwienienie i obrzmienie stawów nie ustąpiły, tak iż członkami swobodnie chorzy poruszać mogli. Następowało to zwykle w jego przypadkach po 5 — 15 gramach, zatem w 1ym lub 2gim dniu.

Inne przypady, które prócz wspomnionych kwas salicyłowy wywoływał, były: palenie w ustach, jeżeli przypadkiem kwas salicylowy z opłatka dostał się na błonę śluzową ust lub połyku, większe wydzielanie śliny, palenie nieznaczne w żołądku, niekiedy tylko nudności i wymioty; zawsze obfite poty, szum w uszach, przytępienie słuchu. Po większych dawkach (tj. po wyżyciu częściowém razem 15 — 20 gramów) pojawiały się niekiedy przypady upojenia (*Salicyl-Rausch*), umysł w ciągłém zajęciu, mówienie bezustanne, czasem od rzeczy, śmiech bez podstawy, spoglądanie zdziwionemi oczami, co trwało w jednym przypadku aż 24 godzin, poczém nastąpił sen głęboki, z którego chory gośćcowy zdrowym się obudził. Dla uniknięcia powrotu choroby, co się niekiedy wydarza, zaleca Stricker używać jeszcze przez cały następny tydzień 1 — 2 gramów czystego kwasu salicylowego, podobnie jak się używa jeszcze czas jakiś chininu po ustaniu napadów zimniczych.

Po używaniu salicylanu sodowego skutki były podobne lecz w ogóle nie tak pomyślne: 1 gram salicyl. sodowego odpowiada 0·685 kwasu salic., przytém piérwszy jest droższy, natomiast nawet w większych dawkach nie wywołuje zadrażnienia błony śluzowéj ust i żołądka. Inni autorowie przekładają salicylan sodowy nad czysty kwas salic. z powodu mniejszych przypadów ubocznych. W 1 przypadku gośćca wiewiórowego i w 1 przypadku gośćca czerwonkowego kwas salic. wydał Strickerowi wynik ujemny. Dodajmy do tych doświadczeń zebranych u ludzi gośćcem ostrym dotkniętych, jeszcze doświadczenia, jak się kwas salicylowy w innych chorobach gorączkowych, a jak u ludzi wcale niegorączkujących zachowuje.

Według doświadczeń Riessa (*Berl. klin. Woch. 1875. Nr. 51 i 52. Über die innerliche Anwendung der Salicylsäure*, tudzież w témże czasopiśmie 1876 Nr. 7.), Sokołowskiego (*Medycyna* 1875, 39.), Riegla (*Berliner klin. Woch.* 1876. 14 i 15.) Bussa (*Centralblatt f. med. Wiss. 1875. 15. u. Deut. Archiv. f. klin. Medicin. Band. XV.*) kwas salicylowy lub salicylan sodowy w dostatecznéj ilości użyty, we wszystkich prawie chorobach gorączkowych obniża zawsze chorobowo podniesioną ciepłotę ciała, lecz przemijająco, zatém podobnie jak chinin. Dla wywołania takiego samego obniżenia ciepłoty potrzeba mniéj więcéj dwa razy większéj dawki kwasu salic. niż chininu (Riegel). Na skrócenie duru i innych chorób gorączkowych prócz gośćca zdaje się, iż kwas salic. nie wpływa. Napady zimnicy w przypadku Riegla ustawały po kwasie salicyl. za każdym razem, lecz choć przez dłuższy czas potém tenże był podawany w ilości 8 gramów na dobę, tak iż chory wyżył ogółem 118 gramów, to w kilka dni napady znów się wróciły i śledziona nie uległa zmniejszeniu, dopiero po chininie napady ustały bezpowrotnie i śledziona wróciła do prawidłowych rozmiarów.

---

*) Kolbe: *Über eine neue Darstellungsmethode und einige bemerkenswerthe Eigenschaften der Salicylsäure.* Dr. Merunowicz: Wiadomość o kwasie salicyl. *Przegl. Lek.* 1875, str. 116.

Co do działania kwasu salicylowego na ciepłotę ludzi niegorączkujących bardzo gruntownie opracowane i zestawione mamy doświadczenia z kliniki prof. Korczyńskiego przez kand. med. Gedla (z kliniki lekarskiéj prof. Korczyńskiego. Rok 1876 odbitka z „Medycyny“.), które w ogóle potwierdzają doświadczenia Riessa, Bussa, Riegla i są następujące:

1. Kwas salicylowy i salicylan sodowy obniżają niekiedy ciepłotę fizyjologiczną, ale zazwyczaj bardzo nieznacznie.

2. Niekiedy pozostają one bez wpływu na wysokość ciepłoty i na rozmiary wahań fizyjologicznych.

3. Niekiedy zmniejszają wahania fizyjologiczne ciepłoty i czynią takową bardziéj stałą, aniżeli w stanie fizyjologicznym (który to skutek dla chininu wykazał Juergensen).

(Dokończenie nastąpi.)

II. Przyczynek do nauki o przyczynach suchot płucnych.

I. Krwotok jako przyczyna pierwotna suchot (*Phthisis ab haemoptoë*).

Podał Dr. **Alfred Sokołowski**,

lekarz przy Zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie na Szląsku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4.)

IV. K., lat 34 mający, kupiec z Berlina; brak zupełny usposobienia dziedzicznego, zdrów zupełnie do d. 13 czerwca 1874 r., w dniu tym w skutek podniesienia znacznego ciężaru wystąpił nagle znaczny krwotok (około $\frac{1}{2}$ litra), poczém wystąpiła silna gorączka przeszło tydzień trwająca z następowém znaczném wychudnieniem; w ciągu zimy i wiosny stan powoli się poprawiał, pozostał jednakże kaszel nieznaczny w połączeniu z wydzielaniem małéj ilości śluzowo-ropnéj plwociny. W czerwcu 1875 pacyjent przybył do tutejszego zakładu przedstawiając stan następujący: stan ogólny dobry, klatka piersiowa nieźle rozwinięta, badanie fizyczne wykrywa dość znaczne zgęszczenie miąższu prawego szczytu płucnego. Pacyjent przebył w zakładzie około 3ch miesięcy przy dyjetetyczno-powietrznéin leczeniu w połączeniu z zimnemi natryskami a przy wyjeździe objawy zgęszczenia płucnego zredukowały się znacznie.

V. S., kapitan, lat 30 mający; ojciec jego cierpiał na jakieś bliżéj nieokreślone, przewlekłe cierpienie narządów oddechowych; sam pacyjent był zupełnie zdrów i od wczesnéj młodości pozostawał w służbie wojskowéj odbywszy w zupełném zdrowiu kampanię austryjacko-pruską 1866 b. r. W jesieni r. 1870 w czasie wojny francuzko-niemieckiéj spadł z konia na bruk miejski; obok stłuczenia wystąpił jednocześnie dość znaczny krwotok płucny. Przeleżawszy kilka tygodni w lazarecie wojskowym we Francyi wstąpił znowu do służby, pomimo że od ostatniego przypadku powstały kaszel nie opuszczał go. W tym stanie odbył do końca kampanię, pomimo że kaszel stawał się coraz uporczywszym. Ponieważ stan pogarszał się ciągle, zmuszonym był porzucić służbę i oddać się zupełnie leczeniu a w ciągu lat trzech następnych odwiedzał kolejno rożne zakłady lecznicze. Stan jednakże nie poprawiał się a nawet widocznie pogarszał, obok wzmocnionego kaszlu zaczęło ostatniemi czasy występować od czasu do czasu obfite krwioplucie. W lecie 1875 r. przybył do tutejszego zakładu; wówczas badając go znalazłem znaczne zniszczenie: jamę w lewém płucu, obok stosunkowo dobrego stanu ogólnego. W Goerbersdorf przebył on około roku, lecz w stanie jego nie zaszło najmniejsze polepszenie, poczém wróciwszy do domu zmarł tamże w kilka miesięcy śród objawów zwykłych suchot płucnych.

VI. H. lat 27 mający kupiec z Hamburga; wszelkie usposobienie dziedziczne daje się stanowczo wykluczyć. Pacyjent w dziecięctwie i młodości był zupełnie zdrów; przed trzema laty przechodził kiłę, która stósownie leczona w ciągu roku zniknęła nie pozostawiwszy po sobie żadnych następowych objawów, od tego czasu czuł się zupełnie zdrowym. W lipcu 1876 w czasie nadmiernego tańca w dzień gorący dostał nagle dosyć obfitego krwotoku płucnego, poczém zaraz na drugi dzień wystąpiła silna gorączka, kaszel i utrudnione oddychanie. Stan ten trwał przeszło dwa tygodnie, poczém powoli zaczął się poprawiać tak, że już w połowie sierpnia mógł pacyjent przybyć do tutejszego zakładu, a wówczas badając chorego znalazłem ograniczone zgęszczenie prawego szczytu płucnego (stępienie, oddech nieoznaczony, drobne, wilgotne rzężenia) stan ogólny dobry. Pacyjent miał z początku zalecone powietrzno-dyjetetyczne leczenie, późniéj dołączono jeszcze natryski.

Pacyjent przebył w zakładzie ośm miesięcy a przy wyjeździe badanie fizyczne wykazało zaledwie dosłyszalne stępienie odgłosu wypukowego w szczycie płuca prawego, obok nieznacznie wydłużonego wydechu. Stan ogólny był bardzo dobrym, kaszel ustąpił zupełnie.

VII. H. Nauczyciel 32 lat mający; brak wszelkiéj dyjatezy dziedzicznéj. Pacyjent cieszył się zupełném zdrowiem do grudnia 1875 a wówczas upadłszy silnie na łodzie doznał mocnego krwotoku, który następnie pod postacią krwioplucia trwał kilka tygodni; kaszel również w krótce się pojawił. Czy była wówczas gorączka dokładnie objaśnić pacyjent nie potrafił; wnosić jednak o niéj należy ze znacznego osłabienia, które potém wystąpiło.

Pacyjenta badałem w lipcu 1876 r. i obok ogólnego dobrego stanu znalazłem miejscowo w szczycie płuca prawego dość znaczne zgęszczenie. Pacyjent usunął się wkrótce od niéj dalszéj obserwacyi.

VIII. O. kupiec lat 43 mający. Usposobienie dziedziczne daje się wykluczyć stanowczo; do r. 1874 zdrów zupełnie, wówczas latem wskutek nadmiernego natężenia (t. j. bardzo szybkiego biegu w dzień skwarny), wystąpił w chwili owego biegnięcia, któremu towarzyszyło jednocześnie silne wzruszenie psychiczne, dość obfity krwotok; pacyjent przebył kilka dni w łóżku, poczém czuł się zupełnie zdrów i powrócił do dawnych zajęć. Od tego jednakże czasu wystąpił kaszel, który z większem lub mniejszém natężeniem pozostał do dziś, a obok tego od czasu do czasu występowało krwioplucie nieznaczne.

Pacyjenta owego badałem w grudniu 1877 r. i wówczas znalazłem nieznaczne zgęszczenie szczytu prawego płuca, które wedle wszelkiego prawdopodobieństwa rozwijać się przestało t. j. było bliznowatém zwyrodnieniem odpowiedniego szczytu płucnego. Stan ogólny przedstawiał się jako bardzo dobry. Pacyjent dotychczas jeszcze pozostaje pod moją obserwacyją.

Wyżéj szczegółowo opisane ośm przypadków przedstawiają charakterystyczne objawy suchot płucnych, powstałych z krwotoku; wszystkie one mają następujące właściwości:

1) Krwotok był pierwszym chorobowym objawem we wszystkich przypadkach, wystąpił u ludzi zupełnie zdrowych,

dobrze zbudowanych, żyjących w dobrych higijeniczno-dyjetetycznych warunkach, wszyscy pacyjenci przed wybuchem krwotoku nie doznawali kaszlu ani innych objawów charakteryzujących nawet bardzo powolnie rozwijające się cierpienie płucne. We wszystkich przypadkach z wyjątkiem jedynie przypadku opisanego pod Nr. V, w rodzinie pacyjentów nie istniało wcale usposobienie dziedziczne do chorób piersiowych. Jedném słowem krwotok wystąpił w czasie pełnego zdrowia, a pod tym względem najbardziéj pouczającym jest przypadek I, dotyczący pacyjenta, którego przedtém szczegółowo badałem a nie wykryłem najmniejszego zboczenia w narządach oddechowych, przeciwnie były one jak najlepiéj rozwinięte.

2) Wiek wszystkich pacyjentów nie odpowiadał bynajmniéj temu okresowi, w którym zazwyczaj rozwijają się zwykle postacie suchot płucnych (18 do 24 lat) najmłodszy bowiem z pacyjentów w chwili wystąpienia krwotoku liczył lat 27 a najstarszy 40.

3) We wszystkich przypadkach był zupełnie wyraźny moment przyczynowy, którego następstwem był natychmiastowy wybuch krwotoku, i tak w pierwszym przypadku znaczne dźwiganie ciężarów na wysokie piętra, w drugim długotrwający natężony śpiew w gorącym lokalu, w trzecim spadnięcie ze znacznéj wysokości, nagłe podniesienie znacznego ciężaru, w piątym spadnięcie z konia na bruk, w szóstym nadmierny taniec przy znacznym upale, w siódmym silne upadnięcie na lód, a wreszcie w ósmym natężony bieg w połączeniu z silném umysłowém pobudzeniem.

4) Co się tyczy objawów następowych, to w czterech przypadkach bezpośrednio po krwotoku lub w dni kilka wystąpiła silna gorączka, kaszel, osłabienie i inne objawy zazwyczaj towarzyszące ostrym sprawom płucnym, we wszystkich jednakże przypadkach po krótkim czasie objawy ostre zniknęły zupełnie i proces przedstawił się pod postacią chronicznego zapalenia miąższu płucnego. W czterech innych przypadkach sprawa chorobowa odrazu przedstawiała się jako przyostra i bardzo szybko przybierała chroniczną postać. W przypadkach: pierwszym, trzecim i piątym po pewnym przeciągu czasu występowało znowu krwioplucie lub nawet krwotok, oraz pogorszenie się stanu a działo się to u tych osobników, którzy z powodu swego zajęcia lub innych okoliczności pomimo jeszcze istniejącego świeżego stanu sprawy powracali do swych zajęć.

5) Co się dotyczy dalszego przebiegu choroby, to wszystkie owe przypadki odznaczały się bardzo powolnym przebiegiem, we wszystkich jednakże z wyjątkiem jednego istniała skłonność do powolnego ustępowania sprawy chorobowéj, pomimo bowiem, jak to w niektórych przypadkach miało miejsce, nawet dość znacznych zmian miejscowych, stan ogólny pacyjentów był bardzo dobry, a powoli pod wpływem odpowiedniego powietrzno-dyjetetycznego leczenia w połączeniu z hydroterapiją *) i owe zmiany miejscowe znacznie się zmniejszały.

6) Cechą charakterystyczną wszystkich bez wyjątku przypadków było to, że kaszel występował stale po wybuchu krwotoku i był jednym z objawów najdłużéj się utrzymujących.

7) Jedyny tylko przypadek, opisany pod Nr. V, miał przebieg niepomyślny, to jest powoli rozwinęły się objawy zwykłych suchot płucnych, które się w lat kilka śmiercią zakończyły; w tym jednakże przypadku jak to wyżéj namienilem, istniało chociaż bliżéj nieokreślone usposobienie dziedziczne; może być więc, że uraz mechaniczny w połączeniu z następową sprawą zapalną dał popęd do rozwinięcia się sprawy ustrojowéj (konstytucyjonalnéj), chociaż z drugiéj strony historyja choroby okazuje, że pacyjent po doznanym krwotoku nie przyszedłszy jeszcze zupełnie do zdrowia szybko powrócił do dawnego bardzo uciążliwego zajęcia t. j. kampanii zimowéj, trudy więc z niéj wynikające mogły być dostatecznym momentem wpływającym na dalszy niekorzystny rozwój istniejącéj już sprawy chorobowéj.

8) Wyżéj przytoczone obserwacyje pouczają nas, że lekarz przy leczeniu podobnych przypadków winien być nader ostrożnym i nie pozwalać pacyjentom powracać do dawnych zajęć, nawet gdyby się za zupełnie zdrowych uważali, dopóki nie znikną zupełnie choćby nawet najmniejsze objawy przyostréj sprawy chorobowéj, a wówczas w każdym razie bardzo odpowiedniém będzie wysłanie chorego, jeżeli na to okoliczności pozwalają, na jakiś czas do stacyi klimatycznéj, najlepiéj górskiéj, lub jeżeli to niemożebne, zalecenie choremu najmniéj kilkotygodniowego spokojnego pobytu na wsi na świeżém powietrzu.

---

*) Bliższe szczegóły o téj metodzie leczniczéj znajdzie czytelnik w pracach moich ogłoszonych w czasopiśmie warszawskiém „Medycyna“ p. t. Studyja kliniczne nad leczeniem suchot płucnych, w tomie IV i V za rok 1876 i 1877 oraz w oddzielnéj broszurze ogłoszonéj po niemiecku p. t. *„Beitrage z. Lehre von der Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht“ von* Dr. A. Sokołowski. Berlin 1877. *(bei Enslin)*.

III. Oceny i sprawozdania.

Listy balneologiczne.

Dra **B. Skórczewskiego**,
lekarza zdrojowego w Krynicy.

List I.

Słowo wstępne: przyczyna niepomyślnego sądu o balneologii — cel listów — stosunek lekarza domowego do zdrojowego. Dyjetetyka Uffelmanna, Wiela — przekład polski — Helffta. Flecklesa.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Sok żołądkowy, który zmienia białko w peptony, wydziela się wprawdzie wśród lżejszych gorączek, ale coraz to mniéj w miarę wzmagania się ciepłoty, tak, że przy bardzo wysokiém jéj podniesieniu, gdy choroba rozpoczyna się gwałtownie lub dotyczy osób wyniszczonych (zapalenie żołądka, otrzewny, płuc, opon mózgowych, silny dur i t. p.) białko w żołądku nie zmienia się wcale na peptony. Do utrudnionego trawienia wśród gorączki trudno przypuścić, aby się znacznie przyczynić miały zmiany w ilości kwasu solnego, gdyż w takim razie możnaby tę przeszkodę w trawieniu łatwo usunąć, ale zdaje się, że tu wchodzą w rachubę liczne jeszcze czynniki: jak zwiększona pobudliwość błony śluzowéj żołądka, skutkiem czego dzieci zwłaszcza oseski mimo wstrzykiwania pokarmów często wymiotują wśród gorączek, a lubo ten objaw nie występuje tak często u starszych z mniejszą pobudliwością zwrotną (pomijając zapalenie żołądka), to przecież nieodpowiednia ilość lub jakość pokarmów łatwo może wywołać tego rodzaju zaburzenie, co niezmiernie pogarsza cały stan chorego. Wśród ciężkich gorączek i przy znacznem osłabieniu wiotczeje błona mięsna żołądka już to z przyczyny zboczeń w unerwieniu, już

też skutkiem zmian anatomicznych w samych włóknach mięsnych, a skutkiem tego najlżejsze potrawy niezmiernie długo zatrzymują się w żołądku silnie gorączkujących. Bardzo też jest prawdopodobném, że chłonienie w żołądku nieodbywa się z chyżością prawidłową, zwlaszcza też chłonienie peptonów, gdyż błona śluzowa obleczoną bywa śluzem, a mięśnie nie działają ze zwykłém nasileniem.

Żółć wśród gorączek staje się wodnistą i mniéj jéj się wydziela, a niekiedy zupełnie ustaje jéj wydzielanie jak o tém świadczą spostrzeżenia różnych badaczy. Jeszcze mniéj można powiedzieć o soku trzustkowym; drogą rozumowania można przypuścić, że jego ilość się zmniejsza w chorobach gorączkowych. W trawieniu jelit cienkich występują często znaczne zaburzenia, u dzieci w postaci nieżytów; przez to utrudnionem bywa chłonienie, do czego nie mało się też przyczynia zwiotczenie błony mięsnéj. W jelicie grubém chłonienie ciał białkowatych podanych jako peptony, jeżli nie ma miejscowéj przeszkody, odbywa się nawet wśród ciężkich gorączek.

Ważnem jest rozwiązanie pytania, czy pożywienie białkowate podnosi gorączkę a w ogóle czy może szkodliwie działać, lub też nie. Wprawdzie częstokroć po zjedzeniu pokarmów białkowatych wzmaga się gorączka, przyczyny tego nie należy jednak szukać w bezpośrednim wpływie białka na gorączkę, ale w tém, że pokarmy w nieodpowiedniéj ilości lub jakości podawane, nie bywają należycie strawione, a przez to drażnią w nieprawidłowym stanie znajdujący się przewód pokarmowy już to mechanicznie już też chemicznym rozkładem (kwas masłowy, mlékowy, octowy i t. p.) a następowo skutkiem tych zaburzeń wzmaga się gorączka. Tego pogorszenia nie można przypisywać bezpośrednio zwiększonemu dowozowi białka do ustroju, twierdząc, że takowe zwiększa rozpad białka ustrojowego, gdyż pokarmy białkowate podane w ten sposób, że nie wywołując omówionych zaburzeń w przewodzie pokarmowym łatwo zostaną przyswojone, wpływają bardzo korzystnie na stan gorączkujących, jak za tém przemawiają doświadczenia autora z enemami pożywnemi. Przeto za zasadę należy przypuścić, aby o ile można odżywiać chorego z uwagą, aby wprowadzone pokarmy nie sprawiały niepożądanych zaburzeń.

Ta część pracy U. doniosłą ma wartość, jest sumiennie opracowaną, rozjaśnia bardzo wiele rzeczy niezbędnych do loicznego zastosowania dyjety gorączkującym; w dalszym jednak ciągu swéj pracy nie wywiązał się autor należycie ze swego zadania, nie przedstawił nam żadnych doświadczeń z odżywianiem chorych różnemi pokarmami a z tego wynikło, że obawiając się zaszkodzić chorym pokarmami, woli ich wcale nie odżywiać, gdyż kleików, które tak bardzo zachwala, za właściwy pokarm trudno uważać. Chcąc bowiem kleikiem odżywić ustrój prawidłowy należałoby do tego użyć 1000 gm. mąki, (w któréj znajduje się 118 gm. ciał azotowych a 736 gm. ciał bezazotowych) zaprawionéj 6000—7000 gm. wody, czyli należałoby w ciągu doby wypić 28—32 szklanek kleiku; a czyż który z chorych będzie w stanie tego dokonać? A nadto jeszcze, w tych 736 gm. ciał bezazotowych znajduje się 700 gm. skrobi, a bardzo niewiele cukru, skoro zaś na wstępie wykazano, że ślina wśród gorączek coraz bardziéj utraca własność zmieniania skrobi na cukier, przeto i z téj przyczyny kleik nie jest odpowiednim pokarmem. Postępując daléj drogą teoryi na sposób autora, uwzględnimy przedewszystkiém mléko, o którém zaledwie nieco tylko napomknął; otóż chcąc niém odżywić ustrój fizyjologiczny potrzeba tylko 4 szklanki czyli 1000 gm., te zawierają 100 gm. białka a 160 gm. ciał bezazotowych i to jako 70 gm. tłuszczu a 90 gm. cukru, brakujące zaś 340 gm. ciał bez azotowych łatwo można uzupełnić czy to dodatkiem skrobi czy też cukru podanego w napojach. Sumaryczna odpowiedź autora, że gorączkujący nie znoszą mléka, nie upoważnia do stanowczego odrzucenia takowego, ale winno zachęcić do śledzenia za sposobami, ażeby je znosili. W każdym razie winien był autor całą uwagę skierować na to: 1) aby chorym gorączkującym podawać takie pokarmy i w ten sposób, aby nie wywoływały zaburzeń, 2) aby w układaniu dyjety zachowanym był odpowiedni stosunek ciał azotowych do bezazotowych, a w końcu 3) aby zalecona dyjeta koniecznie do tego dążyła, by wprowadzonemi pokarmami pokryć dzienny wydatek ustroju. Tego dążenia wcale w téj pracy nie widać, a co więcéj trudno nawet przychodzi dopatrzeć się ścisłego loicznego związku z pierwszą tak pięknie wykończoną częścią. Autor błąka się wśród nieuzasadnionych i niezbyt przekonywających hipotez, rozumuje a nie kreśli obrazu dyjety dla szczególnych chorób tak, jakby tego istotna wymagała potrzeba, nigdzie nie można dostrzedz ogólnéj zasady, którą mógłby się kierować w téj tak ważnéj czynności. Praca ta byłaby bardzo dobrą, gdyby się był autor ograniczył do zboczeń w ślinie i soku żołądkowym w przebiegu gorączek.

Przez porównanie tém więcéj uwydatniają się zalety i doskonałość drugiego dziełka o dyjecie dla chorych na żołądek; a lubo w tytule ograniczył się autor do choroby jednego tylko narządu, to przecież z ważności tego narządu dla odżywiania ustroju wynika, że te przypisy dyjetetyczne można z pewnemi małemi tylko zmianami stosować do wszystkich chorób przewłocznych. Wprawdzie w téj pracy nie posiadamy tak gruntownie opracowanych zboczeń w wydzielaniu soków potrzebnych do trawienia, ale za to znajdujemy znakomicie nakreślony obraz odżywiania chorych. Tém dziełem jest:

J. Wiela *Tisch für Magenkranke, IV gründlich renovirte Auflage.* Karlsbad 1877, 8vo str. 208, cena 2 złr.

W części ogólnéj kreśli 3 rodzaje dyjet dla chorych na żołądek, a mianowicie dyjetę mléczną, dyjetę silnie pożywną a łatwo strawną, a w końcu silnie pożywną mięszaną.

Przy pierwszéj z tych dyjet obszernie zastanawia się nad doskonałością mléka jako pożywki, nad różnicami chemicznemi jego składu w miarę pochodzenia, zwłaszcza nad łatwością trawienia sernika z różnych mlék. Mléko krowie zawsze posiada jednakowy skład chemiczny i nie zawsze jest odpowiedniém dla chorego, gdyż mléko od krów karmionych makuchami wywołuje kolki, karmionych liściem rzepy sprawia biegunkę, najlepszém jest zaś mléko od krów karmionych suchém sianem z łąk górskich z dodatkiem buraków pastewnych, marchwi, pasternaku. Mléko prosto od krowy jest smaczniejszém i lepiéj bywa znoszoném, gdyż posiada 7% wolnego kwasu węglowego. Wyczerpnąwszy rozmaite szczegóły tyczące się dobroci mléka, jego rozmaitych sposobów fałszowania na targach, i sposobów rozpoznawania tegoż, przechodzi do przepisów przy leczeniu mlékiem. W wyjątkowych tylko razach należy podawać bardzo małe ilości mléka w kilkuminutowych odstępach czasu, zwykle zaś powinno się rozdzielić jedzenie wśród dnia na odstępy czterogodzinne (o godzinie 8, 12, 4, 8) i to nie w większéj ilości nad $^1/_4$ litra mléka o ciepłocie 28° R., które należy jeść łyżką powoli, z małym dodatkiem biszkopta, sucharka lub skórki z chleba. W niektórych miejscach dla uniknięcia kwaśnéj

fermentacyi stosownem jest dodanie dwuwęglanu sodowego, niekiedy herbaty, a czasami wina pepsynowego. Ze surogatów mléka za najlepsze uważa mléko zagęszczone mączką Nestlego i brunświcką mąką mléczną, gdy wartość maślanki i serwatki ocenia tylko z cukru i soli w nich zawartych, skutkiem czego raz sprawiają biegunkę, innym razem zatwardzenie, ale wcale nie są pożywnemi. O wartości kumysu nie wydaje stanowczego sądu.

Z dyjety mlécznéj powinno się przechodzić bardzo powoli najpierw do zup mlécznych z dodatkiem chleba, do kawy, herbaty, czokolady. Każdą z przytoczonych potraw ocenia z jéj składu chemicznego, który najpomyślniéj wypada dla czokolady jako pożywki. Sposób przyrządzenia tych potraw, ich ilość i różne do nich dodatki doniosłe mają znaczenie, dla tego dosyć obszernie się nad tém zastanawia. Ostatnią potrawą w téj dyjecie przejściowéj jest zupa jarzynowa z jajem, czyli silny rosół z dodatkiem rozgotowanych najpożywniejszych istot zwierzęcych i roślinnych. Wtedy dla wprowadzenia do ustroju dostatecznéj ilości pożywek w sposób sprzyjający ich przyswojeniu, układa następny drugi plan dziennego jedzenia w odstępach 4 godzinnych: 1) 250 gm. mléka z 40 gm. chleba, 4) 250 gm. zupy z jajem, 3) jajo surowe z 40 gm. chleba, 4) 250 gm. zupy z jajem 5) 250 gm. mléka z chlebem.

Trzeci rodzaj dyjety silnie pożywnéj, łatwo strawnéj i smacznéj składa się przy podawaniu co 4 godziny: 1) ze 100 gm. befsteaku, 200 gm. herbaty, z 20 gm. chleba; 2) z 250 gm. zupy, 100 gm. pieczeni, 20 gm. jarzyny i 30 gm. chleba oraz $^1/_4$ litra wina; 3) ze surowego jaja z 50 gm. chleba; 4) z 250 gm. zupy, 100 gm. pieczeni, z jarzyny i chleba 5) z 200 gm. mléka i 50 gm. chleba. Rozpatrując się w szczegółowych rozbiorach chemicznych każdéj z tych potraw opiéra swój sąd co do ich strawności i pożywności na podstawach fizyjologii trawienia; a w ten też sposób opisuje i ocenia różne rodzaje mięsa i sposoby przyrządzania chorym, oraz potrawy mączne i jarzyny, które lubo nie wielką mają wartość odżywczą, jak się to z ich składu chemicznego okazuje, to przecież doniosłym jest ich wpływ na wydzieliny żołądka i jelit, oraz na wypróżnienia stolcowe.

Pod względem działania i sposobu przyrządzania soku trzustkowego opiéra się na pracy Engessera: *Pankreas, seine Bedeutung als Verdauungsorgan und seine Verwendung als diätetisches Heilmittel, Stuttgart 1877.* — Wino, którego używa dopiéro przy téj dyjecie mięszanéj, uważa za środek podniecający skutkiem wyskoku i przyspieszający trawienie skutkiem zawartych w nim kwasów; dla téj to ostatniéj przyczyny nie pozwala używać takowego chorym, u których znajdują się nadmierne ilości kwasów w żołądku. Wino powinno być czystém, niemocném i niezbyt kwaśném, o ciepłocie około 10° R. a należy je pić w ilości $^1/_4$ litra i to dopiéro w pół godziny po objedzie, dla cierpiących na żołądek lepszém od wina jest piwo, ale także nie mocne i niezbyt musujące, dla tego nie odpowiednim jest bok i piwo angielskie; a powinno się pić takowe nie wcześniéj jak we dwie godziny po objedzie i nie więcéj nad $^1/_4$ litra. Kończąc tę część ogólną opisuje wartość enem pożywnych, ich przyrządzanie sposobem Kussmaula i sposobem Leubego oraz podaje wskazówki do ich użycia.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Sacharyn (w Moskwie): **Zapalenie płuc kiłowe**

Zwyczajne suchoty płucne częstokroć pojawiają się u ludzi kiłą dotkniętych, szczególniéj jeżeli budowa ich i wyglądanie wiele pozostawiają do życzenia. W takim razie występują wybitnie wszystkie objawy cechujące suchoty, jakoto: gorączka trawiąca, plwociny krwawe, kaszel, zmiany w odgłosie wypukowym i w szmerach oddéchowych wraz z rzężeniami. We wszystkich tych przypadkach podawanie przetworów rtęciowych lub jodowych nawet w bardzo małych dawkach wywoływało pogorszenie. Zupełnie inaczéj przedstawiają się przypadki zapalenia płuc na tle kiłowém: a autor miał sposobność robienia spostrzeżeń nad dwoma wybitnemi przypadkami, które obszerniéj opisuje kończąc opis następującemi uwagami:

Zapalenie płuc kiłowe w ścisłém słowa tego znaczeniu bez powikłań, różni się bardzo od zwyczajnych suchot płucnych nagabujących tak osoby kiłą dotknięte jak i niedotknięte, a stanowcze rozpoznanie oprzeć można na następujących okolicznościach: 1) na charakterystycznych wywiadach ze strony chorego; 2) na silnéj budowie chorych. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że osoby słabowite okazujące skłonność do zwykłych suchót płucnych prędzéj też im ulegają, i nie doczekają się okresu późniejszych zmian kiłowych, do których właśnie zapalenie płuc na tle tego cierpienia zaliczamy; 3) na przypadach przedmiotowych przemawiających za naciskiem w płucach: tj. na odgłosie wypukowym stłumionym, osłabionem drżeniu klatki piersiowéj i zmianach w fizyjologicznych szmerach oddechowych. Okolica nad i podobojczykowa zapada głębiéj, a obok tego pojawia się oddech krótki, uczucie duszności i bólu w piersiach. 4) Brak wszelki plwocin krwawych, kaszlu, plwocin zbitych, ropnych i rzężeń. 5) Gorączki nie ma. 6) Zbawienne wreszcie i wybitne działanie lekowania za pomocą przetworów jodowych lub rtęciowych nawet w małych dawkach podawanych stanowczo przemawia za rozpoznaniem zapalenia płuc kiłowego.

Charakterystyczna ta forma zapalenia płuc na tle kiłowém zaciera się w razie możliwych powikłań z innemi cierpieniami dróg oddechowych, jakoto z silném zajęciem oskrzeli, opłucnéj lub zapaleniem płuc z przebiegiem ostrym lub przewłocznym. Z takich jednak przypadków nie można wcale wyrobić sobie należytego zdania o kile płuc, ani też wyciągnąć odpowiednich wniosków pod względem rozpoznawania, rokowania i leczenia zapalenia płuc kiłowego. *(Berl. klin. Wochenschrift.* 1878. Nr. 3.) *Obt.*

Prof. Kaulich: **O błonicy i przecięciu krtani.**

Autor w wykładzie mianym na zgromadzeniu lekarzy niemieckich w Pradze uwydatnia najpierw różnicę, jaka zachodzi między chorobą tak złośliwą i zakaźną, jaką jest błonica, a podobnemi sprawami chorobowemi, które usadawiają się w migdałkach i łudzące nieraz podobieństwo do błon dyfterytycznych okazują. Cały jednak przebieg kliniczny wyróżnia dostatecznie te ostatnie cierpienia migdałków, do których przedewszystkiém zwykłe mieszkowe zapalenie migdałków i zapalenie miąższowe z następowém ropieniem migdałków należą. Ciężkie cierpienie całego ustroju, bladość powłok ogólnych, osłabienie energii serca, złowroga sinica, szczególna skłonność do krwotoków, równoczesne pojawienie się błon dyfterytycznych na innych błonach śluzowych, jakoto przewodu pokarmowego, pochwy, lub też ran przypadkowych, a wreszcie białko w moczu dopełniają obrazu téj choroby, która

tak często udaremnia wszelkie wysiłki ze strony lekarzy najzdolniejszych i najtroskliwszych o dobro chorych.

Na pytanie, czy w przypadkach zajęcia krtani przez proces chorobowy, należy mimo niezbyt pomyślnych dotąd rezultatów dokonać cięcia krtaniowego, czy też go zaniechać, odpowiada autor pochwalami dla rękoczynu powyższego tak ze strony umiejętnéj, jako też i humanitarnéj. Wprawdzie przecięcie krtani nie zdoła powstrzymać postępów cierpienia, ale mimo znacznych odsetek śmiertelności może niejednokrotnie wywrzeć wpływ nader zbawienny na przebieg choroby, a mianowicie przez to, że przy wczesném dokonaniu rękoczynu zmniejsza ciągły niepokój i rozdrażnienie chorego, obniża spotęgowaną ciepłotę ciała i zanadto burzliwą czynność serca, sprowadza sen zbawienny i pokrzepiający cały ustrój, umożliwia wreszcie odżywianie organizmu a przez to przyczynia się do powetowania strat poniesionych w walce z tak ciężkiém i złośliwém cierpieniem. Niepospolitą również zaletę zabiegu operacyjnego stanowi odpowiednia czynność płuc nie narażonych na nagłe rozdęcie skutkiem swobodnego dostawania się powietrza przez krtań rozciętą i fizyjologicznéj wymiany gazów. Do przyszłości w końcu należy korzystać ze zyskanego czasu i za pomocą środków swoistych zażegnać cierpienie tak złowrogie. Gdyby jednak przecięcie krtani żadnego innego wyniku nie osięgało, jak tylko to, że przynosi chorym znakomitą ulgę w ich cierpieniach i ochrania ich od śmierci z uduszenia pełnéj nieraz męczarń, to już by z tego nawet względu przedsiębranie rękoczynu w porze odpowiedniéj, tylko niezapóźno, pochwalić należało. Lekarze praktyczni zbyt przeceniają wartość środków wymiotnych w pierwszych dniach trwania błonicy; zapominają widocznie o tém, że błony przylegają tak mocno do swéj podstawy, że niepodobna ich prawie sposobem mechanicznym usunąć zupełnie i że tylko usuwanie śluzu z wnętrza krtani łatwo się tam zatrzymującego pewną ulgę na chwilę przynieść może; trwałą atoli ulgę przynosi przecięcie krtani sprowadzając spokój dla części błonami pokrytych, a zarazem warunki jak najkorzystniejsze do następnego się ich oddzielenia.

Za chwilę odpowiednią do przedsiębrania rękoczynu uważa autor ten okres cierpienia, kiedy pojawią się niewątpliwe pierwsze oznaki zwężenia krtani, co się już zazwyczaj w pierwszych dniach choroby zdarza; wtenczas bowiem jeszcze siły ustroju nie są zmarnowane a zyska się na czasie celem lekowania miescowego i ogólnego.

Najmniejszéj jednak korzyści nie przynosi rękoczyn w późniejszych okresach cierpienia, szczególniéj gdy już śpiączka ogarnie chorego i uwolni go od przejmowania wszelkich wrażeń bolesnych.

Troskliwość i długa opieka lekarska, baczne zwracanie uwagi na czystość rany pooperacyjnéj mogą częstokroć wydać zbawienne owoce dla zwolenników zabiegów operacyjnych w błonicy zajmującéj krtań u osób dotkniętych tak ciężką sprawą chorobową. *(Prager medic. Wochenschrift.* 1878. Nr. 2.) *Obt.*

Sonnenburg: O rozpoznawaniu i leczeniu otrucia karbolowego.

Wymieniwszy z literatury prace Ferrauda, Hoppe-Seylera i Volkmanna, którzy o zatruciu karbolowém tak ostrém jako też przewłocznem wspominają, dodaje S., że ostre wydarza się przeważnie w skutek użycia kw. karbolowego wewnętrznie (przypadki sądowo-lekarskie) i przy nacieraniu skóry mocnym rozczynem (w chorobach skórnych); przewłoczne i częściéj się wydarzające spostrzegali chirurgowie od czasu rozpowszechnienia się oprawy Listrowéj. Znane są nawet przypadki śmiertelne. Ostre otrucie odznacza się bólem a następnie zawrotem głowy, osłabieniem i nieprzytomnością a w końcu omdleniem, które zakończyć się może śmiercią. Przewłoczne otrucie cechuje się: nudnościami, wymiotami, bólem głowy, niepokojem albo zapadem i podwyższeniem ciepłoty ciała. Że jednak przypady pochodzą od otrucia kw. karbolowym poznać możemy po zmianie moczu, który staje się ciemno-brunatno oliwkowym; ponieważ jednak sama barwa moczu z jednéj strony nie jest znakiem stałym, z drugiéj zaś nie daje nam miary kw. karbolowego znachodzącego się w organizmie, przeto S., opierając się na pracy Baumanna, który wykazał, że równocześnie z otruciem fenolowém zmniejszają się w moczu siarkany z powodu, że kw. karbolowy łączy się z kw. siarkowym *(gepaarte Schwefelsäure)*, podaje sposób wykrycia kw. karbolowego w moczu i leczenia tegoż otrucia. Pierwszy polega na wykazaniu zmniejszenia się siarkanów, a zatém na dolaniu do moczu kw. octowym dobrze zakwaszonego nadmiaru chlorku baru. W moczu prawidłowym utworzy się zmętnienie mléczne, w moczu zawierającym kw. karbolowy albo tylko obłoczki albo nawet zupełnie mocz pozostaje przeźroczystym; w ostatnim przypadku otrucie jest znaczne i może stać się życiu zagrażającém. Leczenie zaś polega na podawaniu rozczynu siarkanu sodowego (4—5:100—200) co dwie godziny po 2 łyżki. W końcu przytacza kilka przypadków postrzeganych w klinice strasburskiéj, w których skuteczność obu tych sposobów została sprawdzoną. *(Deutsche Zeitschft f. Chirurgie* 1878. IX 3 i 4.) *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sekcyja higijeniczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie VIte z dnia 31go grudnia 1877 r.

Przewodniczący prof. Dr. Janikowski. Obecnych członków 7.

1) Przewodniczący zdał sprawę z niektórych nowszych postępów higijeny przemysłowéj, o ile te uwidocznione były na wystawie brukselskiéj, w szczególności zaś mówił o oddychadłach (respiratorach) i maskach ochronnych Dra Jurgielewicza z Petersburga, o przewiewnikach (wentylatorach) fabrycznych Dra L. Romanin-Jagura z Padwy, o patentowanym przewiewniku *(exhaustor)* Lagae-Crombeta z Courtrai (w Belgii), o udoskonalonéj fabrykacyi lakierów Cordaunta z m. Ixelles (w Belgii), o przyrządzie do zgęszczania szkodliwych produktów palenia, jako też do odparowywania wody kanałowéj podanym przez fabrykanta Wérotte z Liège, wreszcie o urządzeniu oprawiska *(Abdeckerei)* pod Berlinem.

W rozprawach nad tym przedmiotem zabierali głos pp. Hoff, Grabowski Kaźm., Łuszczkiewicz i wiceprezydent Schmidt.

2) Mag. farm. B. Hoff mówił o zaletach oddychadeł zawierających świeżo wypalony węgiel drzewny i wapno wypalone, bardzo przydatne dla robotników wystawiających się na gazy szkodliwe, osobliwie dla czyszczących kloaki. — W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos: przewodniczący i kol. Kadyj, który z własnego doświadczenia przytoczył przykład uporczywego zapalenia spojówek oka, które powstało u kąpiącego się w Wiśle pod Zamkiem w skutek gazów z odchodów kanałowych wlewających się wtém miejscu do rzeki.

3) Wreszcie mag. farm. B. Hoff zwrócił uwagę na szkodliwość powszechnie znaną, nie mniéj jednak ciągle jeszcze się powtarzającą, mianowicie na polewę ołowianą garnków na tar-

gach tutejszych sprzedawanych. Między innemi badał pod tym względem szczegółowo garnki, w których włościanki przynoszą tu na targ masło i przekonał się, że wszystkie mają polewę ołowianą dość łatwo w wodzie słonéj rozpuszczającą się. — W rozprawie nad tym przedmiotem brali udział: kol. Grabowski Kaźm., przewodniczący (przemawiając za ogólnym zakazem sprzedawania masła w garnkach) i wiceprz. Dr. Schmidt. — W końcu uchwalono poruszyć tę sprawę na drodze urzędowéj.

Dr. Janikowski przewodniczący.

V. Listy ze Lwowa.

I.

Z 30tu lekarzy, którzy stanęli do konkursu przez Wydział krajowy ogłoszonego celem obsadzenia 9ciu opróżnionych posad lekarzy pomocniczych, o którym w ostatnim liście pisałem — wybrano wyłącznie takich, którzy dłuższy lub krótszy czas służbę przy szpitalu pełnili, a natomiast uwolniono wszystkich dotychczasowych funkcyjonaryjuszów, którzy nad dwa lata na posadach pozostawali. — Rezultat ten jest przyczyną, że uwolnieni niezbyt korzystnie o mianowaniach się wyrażają, uważając siebie za pokrzywdzonych; skargi téj jednak nie podziela opinija ogólna, zwłaszcza nie interesowanych. Bezpośrednio po zamianowaniu lekarzy pomocniczych dużo rozprawiano o tém, że trzech starozakonnych, którzy byli lekarzami pomocniczymi wcale nie uwzględniono a z nowych kompetentów tylko jednemu starozakonnemu udzielono posadę płatną, jak również o tém, że zamianowano bardzo młodego zaledwie kilka tygodni przy szpitalu zostającego lekarza, pomijając bardziéj zasłużonych i znacznie starszych. Ponieważ to w pierwszéj chwili i mnie zdawało się niesprawiedliwém, starałem się zaczerpnąć wiadomości u źródła, dla czego tak działano i przekonałem się, że co najmniéj nie wyrządzono krzywdy, i nie powodowano się jakiemiś ukrytemi pobudkami lecz dobrem szpitala. — Nie podaję szczegółowego spisu nazwisk nowo mianowanych, znajdziecie je wkrótce w ogłoszeniach Wydziału krajowego; ograniczam się do stwierdzenia faktu, iż pierwotną listę lekarzy pomoc. ułożoną przez dyrekcyję i grono prymaryjuszów niezmienioną potwierdził Wydział krajowy. — Już ta zgodność zdań jest dostateczną rękojmią, że słuszności stało się zadość. O ile nowo wybrani przyczynią się do podniesienia opinii szpitala, i o ile w rzeczywistości są godnymi posad okaże przyszłość; życzyćby jednak wypadało, aby pilnością, pracowitością i sumiennością przyczynili się do podniesienia instytucyi, która młodym siłom prymaryjuszów zawdzięcza szybki swój rozwój. Nie uszczuplam zasług Wydziału krajowego i dyrekcyi około podniesienia szpitala, przeciwnie uznaję takowe, i będę się starał w dalszym ciągu je skreślić, ale sądzę, że nie mało zasług położyli lekarze oddziałowi i oni swojém postępowaniem na zmianę opinii najsilniéj wpłynęli, bo też ich działalność dla publiczności jest najbardziéj widoczną. Prawdę mówiąc, kilkanaście lat temu niezbyt dobréj używał szpital lwowski opinii, czemu zresztą dziwić się nie można było, zważywszy, że pod opieką rządu zostający szpital częstokroć powierzał chorych wprawdzie bardzo zdolnym lekarzom, którzy jednak tém grzeszyli, że nie znając języków krajowych, nie umieli porozumieć się z chorymi. Już ta okoliczność, że Wydział krajowy obejmując zarząd, co jak wiadomo w r. 1866 nastąpiło, poobsadzał wszystkie posady krajowcami, musiała zbawiennie wpłynąć na dalszy rozwój szpitala, i to jest wielką zasługą Wydziału krajowego. A podobnych zasług mógłbym wiele przytoczyć, ponieważ jednak ani nie piszę panegiryku na cześć Wydziału, ani też nie chcę zgrzeszyć lekkomyślnością sądu, nie rozbieram na razie szczegółowo czynności Wydziału krajowego w stosunku do szpitali w ogólności, a do lwowskiego w szczególności, nie będąc w takowe wtajemniczony, ale zaznaczę tylko opiniję większości, według któréj referenci spraw szpitalnych a szczególnie dwaj ostatni wiele zasług na tém polu położyli i to tém więcéj, że nie będąc specyjalnie z sprawami sanitarnemi obznajomieni, przecież zwycięzko wielkie trudności zwalczali. Pochopni do sądu wykazują w czynnościach Wydziału niedostatki; że takowe istniały i istnieją, jestem przekonany. ale gdzie jest instytucyja, któréj czynnościom nie zarzuciéby nic można. Mnie się zdaje, że wiele zarzutów usprawiedliwia młodość najwyższéj władzy autonomicznéj, jéj skład, często zbytnia oszczędność i wiele innych rzeczy, z któremi przyszły sędzia Wydziału krajowego liczyć się będzie musiał.

Również skuteczną była działalność inspektora, któréj rezultaty we wzroście szpitali prowincyjonalnych są widoczne. Że lekarz inspektor dla dotychczasowych referentów był niezbędnym, o tém zdaje mi się nikt nie wątpił, a że przez zamianowanie lekarza referentem potrzeba posady nie znikła, o tém nikt wątpić nie powinien. — Jak wiadomo główną czynnością jego jest zbadanie szpitali na miejscu i przedstawianie wniosków dążących do usunięcia braków i czynienia ulepszeń. Téj czynności tylko lekarz podołać może, a opieranie się na sądzie władz miejscowych i opinii nigdy nie zastąpi działalności inspektora. Wprawdzie przeciwnicy twierdzą, że kontrola referenta zupełnie wystarcza; zapominają jednak, że do tego byłyby niezbędne bardzo częste objazdy szpitali, czego od referenta żądać nie można, i czego dopełniać nie może bez szkody dla powierzonych sobie spraw. Zwolennicy oszczędności zapewne prędko by przyszli do przekonania, że są w błędzie, gdyby korzystną działalność inspektora spieniężyli, a projekt aby co rok innego z zasłużonych około dobra szpitala prymaryjuszow delegować do czynności inspektora, jest z wielu względów nie odpowiedni. Pomijam tę okoliczność, iż najprawdopodobniéj trudnoby znaleść chętnego do téj czynności prymaryjusza, bo wyjazd dla każdego z nich byłby połączony ze stratą materyjalną, ale czyż można przypuszczać, że działalność delegata mogłaby być równie pożyteczną jak inspektora? Nie pojmuję więc, dla czego dotąd posady, inspektora nie uznano jako stałą. Nie mając osób na myśli bynajmniéj nie przemawiam za osobami, ale pragnąłbym, aby przyszły sejm uznał samą zasadę za słuszną: poważny głos referenta teraźniejszego zapewne wpłynie na decyzyję sejmową.

Na posiedzeniu d. 19 bm. obrano przewodniczącym sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. Dra W. Opolskiego, a jego zastępcą Dra Kilarskiego, skarbnikiem Dra Geistlenera, a sekretarzem dorocznym Dra Kozłowskiego. Wybór ten nasuwa mi małą uwagę. Po wyborach zeszłorocznych słyszałem głosy niezadowolonych, iż lekarzy szpitalnych przenoszą nad innych; Obecny wybór zapewne przysporzył tylko niezadowolonych, gdzie leży właściwa przyczyna tego, wykażę omawiając stosunek lekarzy szpitalnych do reszty, a że niezadowolenie nie może wpływać na pożądaną łączność i zainteresowanie się Towarzystwem, to rzecz widoczna.

W zeszłym tygodniu rozesłano drukowane karty z podpisem kilku lekarzy, zapraszających do wzięcia udziału w jubileuszu Dra Rappaporta, przez przesłanie fotografij, z których album złożone miało być wyrazem czci dla jubilata.

Ponieważ imię Dra R. zapewne wam nieznane i sława jubilata zdaje mi się po za obręb miasta naszego nie wybiegła, chyba wówczas chwilowo gdy Dr. R. porzucił zawód praktycznego lekarza dla spoczynku we Wiedniu, nie dziwnego, że w jubileuszu nie wzięto szerszego udziału. *N.*

V. Wiadomości bieżące.

§. **Kraków**, d. 31 stycznia. Dzięki energii swego przewodniczącego J. Eks. Pana radzcy tajnego Kopffa nowy Komitet administracyjny dla szpitali tutejszych przez Wydział Krajowy zamianowany rozwinął znakomitą działalność. Pomijając bowiem znaczną ilość spraw pomniejszych, które szybko na miejscu bywają załatwiane, wymienimy tylko ważniejsze. I tak okazało się w ostatnich czasach, że liczba chorych na szczególnych oddziałach, osobliwie zaś na oddziale dla chorób wewnętrznych, bardzo się zwiększyła, tak, iż obawiać się należało wybuchu epidemii w samym szpitalu. Komitet przekonawszy się o tém naocznie zarządził środki ostrożności i w niespełna kilku tygodni urządzono równorzędny oddział o 40 łóżkach w próżno jeszcze stojącym, lecz wykończonym już gmachu dla chorych umysłowych. Dla dobra cierpiących życzyćby jeszcze wypadało, aby szan. komitet nietylko chwilowo, lecz stale, i nietylko na jednym, lecz na wszystkich oddziałach zapobiedz zdołał zgubnemu przepełnieniu.

Jak się dowiadujemy zaasygnował Wydział kraj. 4000 zła. celem adaptacyi starego gmachu szpitalnego dla pomieszczenia w nim oddziału kiłowego, obecnie jeszcze w szpitalu św. Ducha pozostającego.

* W Londynie obradowało niedawno zgromadzenie obywateli nad projektem, na mocy którego kobiety zarówno jak mężczyzni mają być przypuszczane do wszystkich stopni akademickich. Pomimo opozycyi mówców lekarzy, jak Jennera, Listera, zgromadzenie oświadczyło się za projektem większością znaczną. W Warszawie towarzystwo lekarskie odrzuciło kandydaturę panny Tomaszewiczówny, doktora uniw. zurychskiego, pomimo, że prace przez nią przedłożone uznane zostały przez prof. Hoyera za dobre. Nie zgadzając się bezwzględnie z uchwałą londyńską a pisząc się w części na wywody lekarzy oponentów i redakcyi *The Lancet*, nie widzimy jednak należytego powodu do odrzucenia kandydatury panny T. przez Tow. lek. warszawskie, skoro ona już jest doktorem i wykazała się z prac zaszczyt jéj przynoszących.

* Wiadomość umieszczoną w Nrze 51 tygodnika naszego z r. z. o szpitalu urządzonym w pałacu Brühlowskim prostujemy na podstawie listu otrzymanego z Warszawy w sposób następujący:

Naczelnym lekarzem tego szpitala jest prof. Kosiński, ordynatorami pp. Nawroczyński, Perkowski i Peszke. Szpital ten jest przeznaczonym dla najniebezpieczniéj rannych, i dlatego urządzony jest z wielkim przepychem i ze wszelkiemi wygodami na 1szém piętrze pałacu: mieści 100 łóżek. Wizyty lekarskie odbywają się 2 razy dziennie. Szarytki z bezprzykładném poświęceniem spędzają i noce przy rannych. Zarząd lekarski ma prawo wyboru rannych, w miarę przybywania ich do Warszawy.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 3 (od 13—19 stycznia) umarło w Krakowie osób 58; 27 mężczyzn i 31 kobiet; 25 osób w obwodach i 33 w szpitalach. Roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 52,9; we Lwowie 31,6; w Wiedniu 33,1; w Pradze 39,5: w Tryjeście 48,0; w Bazylei 28,3; w Paryżu 26,4; w Londynie 27,8; w Chrystyjanii 14,4; w Wenecyi 42,0; w Berlinie 25,1; w Gdańsku 31,4; w Wrocławiu 26,1; w Poznaniu 32,7; w Monachijum 30,9; w Augsburgu 41,4; w Dreźnie 19,5; w Lipsku 19,6. Z chorób zakaźnych zmarło w Krakowie w tym czasie osób 13, mianowicie: z ospy 4 osoby,z płonicy 2, z dławca 1, z duru brzusznego 3, z ropnicy 1, z zimnicy 1; z chorób zaś płucnych umarło osób 16.

* **Wiedeń.** Ministerstwo oświaty zażądało od wydziału lek. opinii o broszurze prof. Dumreichera, tyczącéj się reformy wychowania lekarskiego; wydział wybrał *ad hoc* komitet, w skład którego wchodzą proff. Braun, Dittel i Langer. *(W. med. Woch.)*

Oprawa Listrowska przepisaną została urzędowo dla marynarki austryjackiéj. *(W. med. Presse).*

* **Węgry.** Sekcyja skarbowa Izby poselskiéj zgodziła się na wnioski ministra oświaty, według których stanąć ma w Budapeszcie nowy zakład leczniczy dla chorób wewnętrznych za sumę 349,000 zła.

Rada sanitarna królestwa zgodziła się na projekt rozporządzenia, ogłosić się mającego przez Ministerstwo spraw wewn., a odnoszącego się do uporządkowania prostytucyi. Głównemi zasadami tego rozporządzenia będą: tolerowanie domów publicznych, badanie nierządnic przez lekarzy policyjnych, którzy na przyszłość mają być mianowani przez rząd z odpowiednią płacą stałą, i ścisłe przestrzeganie wszystkich szczegółów rozporządzenia. *(W. med. Presse).*

* **Włochy.** Zmarły niedawno jenerał Lamarmora przeznaczył w testamencie swoim sumę 240 tysięcy lirów dla szpitala św. Jana w Turynie. Przykład istotnie naśladowania godny.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Haeser we Wrocławiu i Dr. Eulenberg, referent spraw lekarskich w Berlinie otrzymali order orła czerwonego 3ciéj kl.; tenże order 4éj kl. otrzymali proff. Henoch, Hirsch, Skrzeczka w Berlinie oraz Hensen w Kielu. — Dr. Israels mianowany prof. historyi medycyny w uniw. amsterdamskim. — Dr. Heller mianowany dyrektorem szpitala w Bernie na Morawie.

* **Nekrologija.** Umarli we Francyi: słynny fizyk prof. Becquerel, członek akademii w 75 roku życia i znany chemik Henryk W. Regnault, dyrektor fabryki porcelany w Sèvres licząc lat 67. — W Pradze czeskiéj Dr. Hofmeister, fizyk szpitala braci miłosierdzia.

W Warszawie zmarli: Wiktor Kochański b. inspektor główny służby cywilno-lek. w Król. Polskiém, przeżywszy lat 69, oraz Mikołaj Henzel, wychowanic uniw. warsz., oddający się chorobom kobiecym.

* **Konkurs.** Kuratoryja fundacyi hr. Skarbka rozpisuje konkurs na posadę lekarza przy zakładzie sierót i ubogich w Drohowyżu z roczną pensyją 1000 zła., wolném pomieszkaniem i opałem. Doktorowie medycyny i chirurgii, zwłaszcza tacy, którzy mogą wykazać się z praktyki szpitalnéj, (mianowicie na oddziałach: chirurgicznym i ocznym) wnieść mają podania najdaléj do 1 marca rb. do Administracyi fundacyi hr. Skarbka we Lwowie.

Redakcyja otrzymała:

Dra M. DUNIN-WĄSOWICZA (we Lwowie): Uiber die Färbungen des Pfeffermünzöles durch Chloralhydrat, oraz

Tegoż Beitrag zur Getreidemehluntersuchung (odbitki z VIII tomu 6 zeszytu „Archiv d. Pharmacie.“

Dra M. ZIELENIEWSKIEGO: Przyczynek do hydrologii Krynicy. Kraków 1878, in 8-vo str. 16, oraz

Tegoż: Sources minerales et établissement i. r. des bains de Krynica. Cracovie 1878, w 16ce z ładną fotografiją źródła głównego i chodnika.

Dra A. LASKIEWICZA (we Wiedniu): Uiber Lupus d. Conjunctiva u. Cornea, u. uiber das Vorkommen von Riesenzellen in der erkrankten Bindehaut d. Auges. (osobne odbicie z Allg. W. med. Ztg. 1877 Nr. 7—37, in 8vo str. 46; już dawniéj otrzymaliśmy sprawozdanie o téj rozprawie, które późniéj ogłosimy.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6 lutego b. r. o godzinie 5téj posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Obtułowicz przedstawi chorego, 2) kol. Skórczewski mówić będzie o etijologii i patogenezie niektórych postaci atonii żołądka i jelit oraz leczenia tego cierpienia w Krynicy, wreszcie 3) kol. Kwaśnicki odczyta rzecz o wstrząśnieniu mózgu podług doświadczeń Dureta.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w D Artykuł otrzymaliśmy i zastósujemy się do życzenia kolegi. Czy kolega otrzymałeś list przed kilku tygodniami wysłany?

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

OGŁOSZENIE.

Z powodu nieprzewidzianego powiększenia kosztów druku wydawanego przezemnie:

Przewodnika do klimatycznego leczenia

widzę się zmuszonym zawiadomić Szan. Kolegów, że tylko Ci dzieło to za cenę 4 złr. (cztery) otzymają, ktorzy przedpłatę do **Redakcyi Przeglądu Lekarskiego** najdaléj po dzień 15 Lutego nadeślą. Po tym terminie dzieło to nabyć będzie można tylko po cenie 5 złr. (pięć).

Dr. Dobieszewski.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 9 Lutego 1878. **№ 6.** Rok XVII.

JÓZEF DIETL.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

Dało mu ono powód do kilku znakomitych prac i do rozszerzenia zbawiennego wpływu swojego po za zakres naukowo-lekarski, gdyż zapładniał i dźwigał w praktycznym kierunku jednę ze zaniedbanych przedtém gałęzi gospodarstwa i bogactwa krajowego. Poruszył w tym celu do współdziałania władze rządowe, właścicieli zdrojowisk, przemysłowców, tudzież publiczność, ułatwiając jéj znalezienie skutecznéj pomocy u wód swojskich, bez potrzeby odbywania dalekich podróży za granicę i zbogacania obcych a bogatych groszem kraju biednego; tak ochraniając tenże od marnéj utraty pewnéj i to nie małéj części swych zasobów, otworzył zarazem nowe źródło oszczędności i dostatku. Dążność tę uwydatniły następujące płody Dietla: Krynica w Karpatach galic. Kraków 1857 (po niemiecku, spolszczył Michał Zieleniewski); Źródła lekarskie w Bardyjowie. Kraków 1858 (po niemiecku i po polsku); Źródła lekarskie w Solcu. Kraków 1858; Uwagi nad zdrojowiskami krajowemi. Kraków 1858. Część I.; O zużytkowaniu wód mineralnych w Roczniku Towarz. Nauk. krak. T. 27, wyszło osobno w Krakowie 1860; Pogląd na ruch i postęp zdrojowisk krajowych w r. 1859, w tymże tomie Rocznika a osobno w tymże roku i miejscu; O znaczeniu i przeznaczeniu Spółki zdrojowisk krajowych. Kraków 1860, toż samo w „Czasie“ z tegoż roku od Nr. 29 — 39; Zdroje Iwonickie po powtórnym rozbiorze chemicznym. Kraków 1866.

Gdy w r. 1855 skutkiem ruchów wojskowych wywołanych wojną wschodnią zapanowała w Krakowie cholera nagminna, Dietl wpływał radą i czynem na urządzenie nadzwyczajnéj służby lekarskiéj i przeprowadzenie odpowiednich środków ochrony publicznéj i prywatnéj. Plagę tę dwa razy jeszcze pokonywał w r. 1866, a po raz ostatni w r. 1873. Piśmiennicze dowody téj działalności i swych naukowych poglądów na tę chorobę złożył w dwóch pracach; pierwsza po niemiecku ukazała się w tygod. lek. wiedeńskim w r. 1855, a przekład polski w r. 1856 w Krakowie; druga w r. 1865 po polsku obie pod napisem: O cholerze, wykłady kliniczne.

Od r. 1856 do 1860 D. pełnił obowiązki mianowanego przez rząd dziekana wydziału lek. i na têm stanowisku drażliwém umiał postępowaniem roztropném, pełném godności i ducha koleżeńskiego tak chlubne zdobyć sobie świadectwo, że go wydział odzyskawszy w r. 1860 prawo wyboru na têm dostojeństwie nadal zatwierdził.

Z rokiem 1861 rozpoczyna się najświetniejszy okres w życiu Dietla. Nadanie konstytucyi rozszerzając w całéj monarchii a têm samém w kraju naszym zakres praw i obowiązków publicznych dla każdego obywatela, musiało tym bardziéj rozwinąć działalność męża, posiadającego już wydatne stanowisko, znanego ze swych rzadkich zdolności i obdarzonego powszechném zaufaniem. Można było łatwo przewidzieć, że ów umysł dzielny w początkowaniu i przeprowadzaniu śmiałych a praktycznych planów nie zaniedba sposobnéj chwili i że usiłować będzie korzystać z nadanych swobód w rozmiarze najszerszym. Jakoż jestto pora, w któréj gwiazda Dietla dochodzi do zenitu i jaśnieje w całym blasku. Na rozkołysanych falach życia publicznego unosi się górująca jego postać, wywierając wpływ niemal wszechwładny, w każdéj ważnéj sprawie wzywana, wybierana, o radę i kierownictwo proszona. Sprężystość ducha wyciąga się w miarę, jak rosną rozległe zadania. Z reformatora kliniki krakowskiéj staje się reformatorem uniwersytetu, następnie całego wychowania publicznego, mężem politycznym pragnącym pomyślność kraju skojarzyć z dobrem monarchii.

Przy piérwszych zaraz wyborach w r. 1861 dostał się jako poseł do sejmu krajowego a ztąd znowu jako delegat do rady państwa, jednocześnie zaufanie profesorów zaszczyciło go najwyższém dostojeństwem uniwersyteckiém powołując go na swego rektora. Nowe te obowiązki podjął nie tylko ze zwykłą, lecz z podwojoną jeszcze gorliwością i energiją, do ostatnich zwlaszcza zabrał się z gorącém zamiłowaniem i natężoną siłą. Podnieść znaczenie i blask starożytnéj szkoły Jagiellońskiéj, dawną jéj świetność nie tylko przywrócić, ale nawet przewyższyć, zaopatrzyć jéj potrzeby, ożywić i spotęgować w niéj ruch naukowy, aby mogła nie tylko szerzyć światło w kraju, ale nawet iść w zawody z celniejszemi uniwersytetami europejskiemi, było nie jego marzeniem — bo w to się nie wdawał — lecz silném jego postanowieniem. Z pośród licznych sprężyn, jakie poruszył wspomnę o wskrzeszeniu zapomnianéj od bardzo długiego już czasu instytucyi docentów mającéj uprawnienie równie historyczne, jak nowszemi ustawami państwowemi zawarowane. Zabiegom i zachętom jego osobistym udało się odszukać i zachęcić młodsze siły a przezto wznowić i ustalić ten sposób odmładzania się ciągłego pracowników, który się téż dobrze przyjął i dotychczas pomyślnie rozwija. Nie miał tego powodzenia inny zamiar wydania we wszystkich gałęziach naukowych a głównie w lekarskich, dzieł podręcznych bądź oryginalnych bądź w dobrym przekładzie polskim. Pośpiech zbyt może gorączkowy, z jakim chciał stworzyć doraźnie i na zamówienie warsztat książek, był może przyczyną spełznienia tego zamiaru, którego zdaje się zaniechał, nie mogąc go dla wielu pilnych zajęć doprowadzić prędko do skutku.

Aby świetnym urokiem otoczyć uniwersytet w obec całéj ludności Dietl znając wpływ potężny silnych wrażeń zmysłowych, użył skutecznie wystawnéj okazałości. Rządy swoje rektorskie inaugurował publiczną uroczystością, na któréj gdy otwarły się podwoje auli napełnionéj ludem ze wszystkich stanów, gdy bedel donośnym głosem zawołał: „Jego magnificencyja Rektor i senat akademicki“, gdy poprzedzona trzema berłami na czele dziekanów ukazała się wspaniała postać w purpurze i gronostajach, z wielkim łańcuchem złotym na szyi, krocząca z powagą i godnością śród rozstępującego się z cichém uszanowaniem tłumu: to zdawało się przytomnym, że widzą uzmysłowiony majestat nauki. Cóż dopiéro, gdy zajął wzniesione miejsce, gdy odezwał się głosem dźwięcznym a dobitnym, gdy toczyły się słowa gładkie, rozważone a pewne skutku, gdy wzbierały stopniowo i zagrały silnie na napiętych strunach licznych słuchaczów, gdy wzbudziły brzmiące w nich tęsknoty, nadzieje, a może i marzenia, gdy rosnącym podziwem ożywiły się ich oblicza i zaiskrzyły oczy, gdy wzdęte piersi po dosadnym wstępie końcowym wybuchły grzmiącym oklaskiem: rzekłbyś, że tak burzowładny Pozejdon trójzębem porusza i koi rozhukane bałwany.

Po upływie roku, gdy nadeszła przepisana ówczesną ustawą koléj świéżego wyboru, wydziały uniwersytetu, chcąc to świetne kierownictwo przedłużyć i dać mu sposobność do przeprowadzenia a przynajmniéj do pełniejszego rozwoju rozpoczętéj czynności reformatorskiéj, zamiast profesora z wydziału filozoficznego, któremu z prawa przypaść miało berło rektorskie, Dietla ponownie na rok jeszcze następny utrzymać przy niem postanowiły, czemu atoli ministerstwo oświaty przyzwolenia odmówiło. Nie minął go ten zaszczyt w r. 1865, gdy następnie z wydziału lekarskiego zwykłą koleją miał być powołany naczelny szkoły jagiellońskiéj dostojnik. Tym razem jednak chlubne zaufanie kolegów przypłacił mimowolném ustąpieniem z katedry i z uniwersytetu, gdyż rząd dał mu uwolnienie tymczasowe, czyli wyrażając się językiem urzędowym, przeniósł go na stan tymczasowego spoczynku. Cios ten wymierzyło ministerstwo centralistyczne w ostatniéj niejako chwili przed swoim upadkiem, gdyż zanim rozporządzenie jego doszło rąk Dietla już stanął u steru przychylniejszy autonomicznym urządzeniom przywódzca Belcredi, który jednak zapadłego i monarszym podpisem uświęconego wyroku zmienić już nie mógł. Mimo późniejszych jeszcze świetnych powodzeń, mimo doznanych wielu rządowych zaszczytów i odznaczeń, Dietl nie mógł przeboleć tego nagłego oderwania od ulubionego zakładu i zajęcia profesorskiego. Wszystkie późniejsze tryjumfy nie zdołały zabliźnić téj otwartéj i jątrzącéj rany. Odtąd też w jego duszy przynajmniéj, życie straciło jednę z głównych a miłych mu podniet, jednę z dzielnych sprężyn odpowiednich wrodzonemu jego powołaniu.

W okresie najszerszéj i najświetniejszéj swéj działalności, od r. 1860 do r. 1865, kiedy obok kierownictwa klinik D. wystąpił na wielką arenę, kiedy reformował uniwersytet, kiedy na barki swoje wziął trudne a ważne obowiązki męża stanu i czynnego ustawodawcy kraju i państwa, przysłużył się także nauce w ogólności, a w szczególności lekarskiéj, a prócz tego i wychowaniu publicznemu pracami wartości niespożytéj.

Zaczynając od tych, które nas obchodzą najbliżéj, wspomnieć wypada o wpływie przeważnym a stanowczym, jaki wywarł na założenie „Przeglądu Lekarskiego“. Wskazywał on dobitnie potrzebę czasopisma lekarskiego, wychodzić mającego w krótkich odstępach czasu dla podania prac bieżących i ożywienia ruchu naukowego, nalegał natarczywie na rychłe jego założenie. gdyż inaczéj spostrzeżenia i poszukiwania nieznajdując pomieszczenia w kraju, albo zmarnieją, albo zasilać będą dzienniki obce i zaszczepił na towarzystwie naukowém drugą młodą gałązkę tj. Komisyję redakcyjną zajmującą się wydawaniem Przeglądu Lekarskiego. Że myśl ta była zdrowa i zbawienna okazuje skutek, gdyż płód poczęty i wykołysany na łonie towarzystwa naukowego, podrósłszy i rozwinąwszy się, połączył się przez bliższe powinowactwo z gronem lekarskiém, a dziś jako krzepki młodzian 17-letni najpiękniejsze rokuje nadzieje. Pomny on jest i będzie téj troskliwéj pieczołowitości, jakiéj doznał od Dietla, jako swego ojca i opiekuna, gdy go silną swą dłonią i głową popiérał, gdy spostrzeżeniami klinicznemi łamy jego zapełniał. Ukazały się tu prace: „Aforyzmy“ i „o kołtunie“ w r. 1862, o leczeniu gośćca stawowego 1863, o cholerze 1865, o durzycy 1866 i wiele innych. Piérwszy Dietl rozpoznał, opisał i do nauki wprowadził zboczenia, którym dał nazwę: Śledziony wędrującéj (*Przegl. Lek.* r. 1863, str. 98.), tudzież Uwięzgnienia nérki ruchoméj (Tamże r. 1864, str. 225.); a wymazanie z nauki lekarskiéj plugawego widma Kołtuna jest nietylko tryumfem odniesionym przez ścisłą umiejętność nad naukowym przesądem, ale wielkiém dobrodziejstwem wyświadczoném społeczności. Wytropił on tego wroga w ostatniém a główném jego schronieniu, zarządził istną na niego obławę, zadał mu cios ostateczny i złożył go w grobie, z którego żadne zaklęcie wskrzesić go więcéj nie zdoła.

(Dokończenie nastąpi.)

I. Przyczynek do działania zimnego powietrza w żarnicach *(miliaria rubra).*

(Rzecz przedstawiona na walném zebraniu towarzystwa lekarzy Wielkopolskich d. 19 grudnia 1877).

przez **Dra Kaczorowskiego.**

Nie dawne to jeszcze czasy, kiedy chorych gorączkujących, lękając się ich zaziębienia, ciepłem otaczano z wszech stron, za pomocą zewnętrznego powietrza, pościeli, napojów. Ostatnie dopiéro dziesiątki lat sprowadziły zmiany owego postępowania.

Pierwszy zwrot ku lepszemu wyszedł od chirurgów, którzy po operacyjach, chcąc zapobiegać szerzeniu się przyrzutów przyrannych,, wyrzucili pierze z łóżek, otwierali okna w salach szpitalnych a nareszcie wynieśli chorych na świéże powietrze pod namioty. Błogie ztąd wyniki ośmieliły potém i lekarzy wewnętrznych do podobnego działania w niektórych ostrych chorobach zaraźliwych, mianowicie w tyfusach. Wszystko to działo się jednak nie dla ochłodzenia chorych, jak raczéj celem mieszczenia ich w lepszych warunkach wentylacyi czyli przerwania zarazy.

Dopiéro od czasu, gdy towarzyszącą chorobom gorączkę wytknięto jako najgorszy przypad, zabrano się do zaradniczego ochładzania chorych, za pomocą już to umiarkowanéj ciepłoty zewnętrznéj i lekkiego okrycia, już zimnych napojów, okładów, zmywań i kąpieli, jużto nareszcie i leków przeciwgorączkowych. Z podejmowanych w tym kierunku doświadczeń wyrosła nowa metoda lecznicza, przeciwgorączkowa, która dziś berło dzierży w traktowaniu chorób gorączkowych.

Odniosłszy pierwsze tryjumfy nad tyfusami, metoda owa poddaje pod rządy swoje coraz to więcéj wrogów zdrowia ludzkiego z dziedziny ostrych zakażeń i zapaleń; jednych tylko osutek ostrych, aczkolwiek pierwowzorów zakażeń ostrych i zapaleń razem, nie śmie podbić stanowczo.

Prócz hydropatów zaledwie kilku francuzkich i angielskich lekarzy doświadczało zimna w płonicy i ospie *(Clément)*; niemieccy autorowie, od których my przeważnie zwykliśmy przyswajać sobie prawidła terapeutyczne, bardzo powściągliwymi okazują się w stósowaniu obniżonéj ciepłoty w osutkach ostrych — jedném słowem, ogół lekarzy nie śmie jeszcze tych chorób dotknąć zimnem. Ztąd też i między nami wielka jeszcze panuje niezgoda, czy ciepło czy chłodno utrzymywać należy chorych ostremi osutkami dotkniętych — cóż dopiéro powiedzieć o systematyczném używaniu zimna, jakiego obecnie już dość zgodnie używamy w tyfusach?

Wszelako każdy przyzna, że tak zasadnicza różnica zdań co do traktowania chorób, z któremi jak n. p. z płonicą i żarnicami my w Poznaniu prawie bez przerwy, a koledzy z prowincyi w pewnych ustępach czasu najczęściéj się spotykamy, przynosi ujmę sztuce lekarskiéj, bo cóż ma publiczność sądzić o wartości całéj medycyny, słysząc, że nawet pod względem ciepłoty co jeden lekarz pochwala, przez drugiego potępioném zostaje.

Warto więc poruszyć dyskusyję nad przedmiotem tak blisko nas obchodzącym, komunikować sobie wzajem poczynione w téj materyi doświadczenia, — może z czasem dojdziemy do równych zapatrywań i jednolitego działania.

Zaczynając od siebie przyznam się, że na samym początku praktyki swojéj podczas nadzwyczaj zjadliwéj epidemii płonicy — znalazłszy sposobność postrzeżenia kilku wyjątkowych prawie wyzdrowień na dzieciach leczonych przez dyletanta hydropatycznego, wyrabiałem sobie odtąd coraz to śmielszą metodę chłodzącą w wszystkich osutkach ostrych, do czego mi bardzo łatwą zręczność podawał szpitalny materyjał.

I tak w płonicy, oceniając z jednéj strony dobroczynny wpływ zaleconych praw Schneemanna wcierań słoniny, które zmniejszając napięcie skóry, zapalenie tejże oraz ogólną gorączkę łagodzą — z drugiéj strony orzeźwiające działanie zimnéj wody według wiadomych manipulacyj hydropatycznych — od wielu lat używam rodzaju kombinacyi obu metod, zmywając co godzina albo i częściéj skórę zimną wodą, do któréj dodaję $^1/_4$ gliceryny, (podobne zmywania wodą na wpół z gliceryną zmięszaną zaleca od niedawna Kennedy — tak tęgi roztwór jednakże sprawia palenie skóry i zbyt wolno wysécha).

W ospie używalem zmywań zimną wodą na wpół z octem a nadto przypadek nauczył mnie nadspodziewanie silnego sprzymierzeńca przeciw téj sprawie cenić w **mroźném powietrzu**, o czém zdałem sprawę w Przeglądzie Lek. z r. 1872 w Nr. 10, przywodząc troje chorych, którzy w obłędzie gorączkowym, wydaliwszy się z sal szpitalnych, w koszulach całą noc prawie na kurytarzu, a jeden parę godzin na ulicy spędzili w czasie mrozu o 12° R. z takim wynikiem, że krosty zaczynające właśnie napełniać się limfą, nazajutrz pobladły, bez wszelkiego ropienia uschły i odtąd wyzdrowiny się zaczęły.

Sprzymierzeńca owego wyzyskiwałem odtąd także w płonicy, o ile pora roku na to pozwalała, trzymając chorych podczas okresu gorączkowego zimową porą w nieopalanych pokojach, latem ochładzanych ile możności za pomocą rozstawionego lodu i ustawicznie wietrzonych, nadto okrywając chorych jak najlżéj (powłoką kołdry) i zmywając obok tego wszystkiego skórę wspomnianym roztworem gliceryny.

Jeżeli powiem, że przy takim trybie leczenia (przeciw zajęciu połyku podajemy co $^1/_2$ godziny odpowiednią dawkę 3% roczczynu chloranu potasowego) w przeciągu ostatnich 6 lat w obu szpitalach żadnego pacyjenta nie straciliśmy, nie ma to bynajmniéj świadczyć o jego doskonałości, ile, że po większéj części z łagodniejszemi formami płonicy mieliśmy do czynienia.

Natomiast ten wniosek przynajmniéj wolnoby z podobnego wyniku wyciągnąć, że zimne traktowanie płonicy, zalecające się względami racyjonalnemi, w praktyczném zastósowaniu szkody nie przynosi.

Zimnych kąpieli używalem poza szpitalem w trzech przypadkach płonicy, gdzie zakażenie od razu gwałtowném wszczęło się zajęciem mózgu, raz szaloném majaczeniem, dwa razy ciężką śpiączką — nieomylnemi zazwyczaj zwiastunami bliskiéj śmierci.

Pierwszy chory, 14-letni syn około kółek włościańskich wielce zasłużonego obywatela, przebył 4 lata temu szczęśliwie jedną z najcięższych form płonicy, zaraz na wstępie dzikim obłędem, głęboko sięgającą dyfteryją, ogromném obrzęknieniem gruczołów podszczękowych, które późniéj zropiały, objawiającą się, — kąpany co 3 godziny w wodzie na 15° R. ogrzanéj, zlewany nadto wodą o najwyżéj 10 stopniach i leżąc w pokoju nieopalonym i często wietrzonym (w m. styczniu), którego ciepłota nie przenosiła 6 stopni.

Nie podobna, jak nigdy w terapii, na pewno twierdzić, że tylko to energiczne oziębienie chorego przyczyniło się do pomyślnego zejścia; jeżeli jednak wspomnę, że pierwsza za-

raz kąpiel przywróciła chłopcu przytomność i parogodzinny sen za sobą pociągnęła, że majaczenie wracało, ile razy nad 3 godziny ociągano się z powtórzeniem kąpieli, trudno było tak dla mnie jak i dla otaczających oprzeć się przypuszczeniu, że błogie owe skutki zawdzięczaliśmy zimnu.

Daleki jednakże jestem, ażebym pomimo szczęśliwy ów wynik, który dotyczył osobnika silnie zbudowanego, tak bezwzględnie zalecał zimne kąpiele, jak to czynią Anglicy Reeves, Corsov, Eddissen.

Sądząc z doświadczeń zebranych z kąpania w zimnéj wodzie chorych tyfusem dotkniętych, mniemałbym, że u bardzo młodych albo słabowitych i nader wrażliwych pacyjentów, w zimnéj wodzie łatwo zapadających *(collapsus)*, daleko bezpieczniéj jest ograniczać się do zimnych oblewań w letniéj kąpieli, jeżeli zbytnie podrażnienie mózgu, na zbyt wygórowanéj ciepłocie polegające, silnego ochłodzenia głowy wymaga.

Natomiast pragnąłbym jak największy przycisk położyć na zimne, jak najczęściéj odświeżane powietrze, na które dotychczas tak mało zwrócono uwagi, a które działając na cały ustrój jednostajnie wolne jest od wywoływania zaburzeń, jakie każda zimna kąpiel chwilowa za sobą pociąga.

Ośmielony co do szafowania zimnêm powietrzem w ospie i płonicy, przyznam się, że nie znalazłem nigdy zachęty do zastósowania go w żarnicach.

Tymczasem przypadkowe okoliczności nasunęły mi sposobność przekonania się, że i w żarnicach zimne powietrze na przebieg choroby, jeżeli nie wiele korzystny, to bynajmniéj wcale nieszkodliwy wpływ wywarło.

Józef Tuczyński, 40 lat wieku, silnie zbudowany, ale pijaństwem trochę skołatany, wstąpił do szpitalu miejskiego dnia 1 października r. z. z wrzodem goleniowym na oddział chorych zewnętrznych. Dnia 10 pobytu w zakładzie dostał napadu dreszczów z następującą gorączką (40,5), podczas któréj doświaczał bólu w głowie, stawach i krzyżu; przedmiotowo zkonstatowano nieżyt połyku i lekkie zwiększenie śledziony.

Trzeciego dnia tegoż stanu gorączkowego, w którym ciepłota ranna nieco zwalniała, wystąpiła na całéj skórze wysypka, która na twarzy i czaszce z włosów ogołoconéj stanowiła jednostajny, zlany, znacznie obrzękły rumień — na tułowiu zaś i odnogach grudki gęsto zasiane na mocno zaczerwienionêm tle, po większéj części zakończające się w pęcherzyki przeźroczystym płynem napełnione. Powieki mocno zbrzękłe, spojówka nastrzyknięta, błona śluzowa połyku zaczerwieniona ale nie grudkowata.

Rozpoznanie wahało się między żarnicami i ospą. Jakkolwiek wysypka przedstawiała obraz podobniejszy do początkowego zajęcia skóry w ospie, trudno mi było przypuścić przypadek ospy w czasie, kiedy o téj chorobie nie było słychać w całêm księstwie poznańskiêm, żarnice zaś na porządku dziennym były i niedawno przedtêm na stacyi wewnętrznéj znajdował się chłopiec dotknięty żarnicami.

Wszelako przezorność kazała odosobnić chorego jak można było najdokładniéj, przeniesiono go więc natychmiast do odległego, wówczas wcale nie używanego a więc nieopalonego pokoiku, którego ciepłota nigdy nie przenosiła 6 stopni R.

Chorego okryto lekką kołdrą, a jedno okno cały dzień trzymano otwarte.

Już po kilku godzinach, chory, poprzednio narzekający na palenie całéj skóry, znacznéj doznał ulgi i przyznał się wtedy, że przed swojêm przesiedleniem w obawie, ażeby króst swoich nie zaziębił, cały szczelnie się okrywał, chowając głowę pod kołdrą. Wynikające ztąd rozparzenie skóry tłumaczyło teraz dopiero silne zaczerwienienie i zbrzęknienie całéj głowy, nie mniéj szybkie rozwijanie się grudek na reszcie skóry; — po kilkagodzinnêm bowiem działaniu zimna zaczęły wytworzone z grudek pęcherzyki niknąć a pozostała tylko plamisto-grudkowata wysypka, jaka właściwą jest żarnicom. Dnia następnego grudki ustąpiły miejsca ledwo trochę na poziom skóry wyniosłym plamkom, reszta skóry pobladła, a trzeciego dnia zaledwie ślad pozostał osutki i gorączka ustała. Nieżyt spojówki i połyku, trwający w łagodnym stopniu podczas gorączki, minął także, krtań albo oskrzela, o ile z przedmiotowych i podmiotowych zjawisk wnosić można było, wcale w téj chorobie nie były zajęte. Jedyny szwank, jaki wyniósł chory z nagłéj swojéj translokacyi, objawił się w kilka dni późniéj w dość uporczywym nieżycie usznych przewodów.

Przedstawiony fakt jest dość wymownym.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Leczenie czynne gośćca ostrego w porównaniu z leczeniem dawniejszém biernêm.

Skréślił Dr. **Bolesław Sérkowski**,
Lekarz szpitala w Brzeżanach.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5.)

IV.

Moje własne doświadczenia o działaniu kwasu salicylowego w gośccu opierają się na 10 przypadkach, z których 6 dotyczy gośćca stawowego ostrego, dwa gośćca umiejscowionego wyłącznie w 1 odnodze dolnéj; 1 przypadek dotyczy dny *(arthritis)* a 1 gośćca mięśniowego.

Przypadki te pokrótce tu opiszę:

1) Kawra Maryjanna wieśniaczka 28 letnia będąc leczoną na kiłę przez 7 tygodni w szpitalu brzeżańskim, właśnie miała jako wyleczona wracać ze szpitala do domu, gdy w dniu 29 grudnia 1876 wyszedłszy z gorącéj kuchni na mroźne powietrze dostała tegoż dnia dreszczu i gorączki.

30/12 już tętno 100, ciepl. 38°, stawy w odnogach górnych i dolnych obrzmiałe, zaczerwienione, bolesne, tak iż całą noc przejęczała, poty były obfite. Terapija: morfin.

31/12 Stan podobny, zalecono $^1/_2$ grama kwasu salicyl. sproszkowanego w opłatku co godzina.

1/1 1877. już miała się chora znacznie lepiéj T. 88, c. 37·5 bóle nieznaczne, zaczerwienienie stawów znikło.

Z powodu nader nieprzyjemnego smaku kw. sal. jeśli ten u niezgrabnych rozpłynie się w ustach, zalecono lek ten w gałuszkach.

Rp. Acidi salicyl. purissimi 5·00 Extr. tarax. q. s. ut f. pil. 60. consp. pul. liquiritiae. S. Co dwie godziny po 5 pigułek.

Gdy w téj formie daleko chętniéj chorzy leku tego używali, odtąd zwykle podawałem go w gałuszkach.

Po trzeciéj dawce 5 gramowéj choréj téj nic niebrakowało. Dla uniknienia powrotu pozostawała w szpitalu do 10/1,

poczém pieszo do domu się udała, zatém w 12ym dniu po zasłabnięciu na gościec.

2) Podobnie przebiega choroba u Katarzyny Kurzyszyn 18 letniéj dziewczyny, która usługując na balu mocno się przeziębiła, nazajutrz t. j. przed 6 dniami zachorowała, a 15 lutego 1876 przywiezioną została do szpitala. T. 108 Ciepl. 40·3° osłabienie wielkie, ból głowy, majaczenia, ból we wszystkich członkach. Sądziliśmy, że to dur i zaleciliśmy zimną kąpiel. Po kąpieli spadło tętno o 20, ciepłota o 2·5, ale zarazem pojawiły się bóle w stawie łokciowym prawym a nazajutrz 17/2 ból w łokciu mniejszy, natomiast pojawia się obrzmienie zaczerwienione i bolesne na stopie prawéj naokoło stawu skokowego i koło kostki, tudzież poty obfite.

Powziąwszy z tych objawów przekonanie, że to nie dur lecz gościec stawowy ostry, zaniechałem kąpieli i poleciłem co 2 godziny po 5 pigułek salicylowych jak powyżéj. Po wyżyciu dwóch dawek tj. 10 gramów w ciągu trzech dni wszystkie przypady gorączkowe a wraz z niemi bóle, obrzmienie, zaczerwienienie i poty ustąpiły.

19/2 tj. piątego dnia po przyjęciu do szpitala tętno 84, ciepł. 36·5, apetyt powrócił. Każdy przyzna, że skutek tu był świetny, zważywszy na ciężkie przypady nie tylko miejscowe w stawach ale ogólne gorączkowe i mózgowe.

24/2 chce chora iść do domu, ale zatrzymaliśmy ją do 28/2, w którym to dniu wyszła pieszo do domu i więcéj się nie pokazała.

3) Mniéj pomyślnym okazał się kw. salicyl. u pewnéj pani, która mieszkając w nader wilgotném pomieszkaniu uległa gośccowemu zapaleniu stawów wszystkich w prawéj odnodze górnéj i w prawéj stopie. Tu kwas salicylowy pomimo iż go zaraz na drugi dzień po wybuchu choroby użyto, i następnych dni w znacznych dawkach w proszkach, pigułkach i rozczynie podawano, miał tylko ten skutek, iż bóle w stopie ustąpiły, i gościec innych stawów wcale nie zajął; w ręce jednak prawéj pozostał i przybrał cechę chroniczną; pozostały nawet zgrubienie i częściowe upośledzenie ruchów w stawie przydłonkowym i łokciowym. Prawdopodobnie wilgoć w pomieszkaniu wiele do téj uporczywości i niepomyślnego przebiegu się przyczyniła, o czém i z tego wnosić można, iż równocześnie synek tejże pani uległ gnilcowi.

4) N. J. 12 letnia córka nauczycielki siedząc w lipcu 1877 w czasie upału letniego w pokoju na przeciągu dostała zapalenia stawów przydłonkowych i łokciowych w obydwu rękach. Towarzyszyła gorączka i poty. Po wyżyciu jednego pudełka pigułek zawierających 4 gramy kwasu sal. wszystkie przypady ustąpiły. Na t r z e c i dzień dziewczynka biegała po polu bez śladu cierpienia.

5) A. M. 17 letnia córka obywatela wybiegłszy z g o r ą c e g o p o k o j u na p o l e w l e k k i é m u b r a n i u uległa zapaleniu błonicowemu gardła w listopadzie z. r. Migdałek lewy powleczony białą wypociną i powiększony, zatuszowano jednorazowo laseczką kamienia piekielnego, zalecono płókanie z chloranu potasowego połykanie kawałków lodu i na szyję okład wysychający.

Gdy czwartego dnia gorączka i ból głowy się wzmogły mimo, iż miejscowy stan w gardle się polepszył, zalecono o k ł a d y l o d o w e na głowę, obok których matka daléj o k ł a d y w y s y c h a j ą c e, z a t é m c i e p ł e na szyję robiła; wewnętrznie odwar kory peruwiańskiéj. Téjże nocy dostała chora gwałtownych bólów w karku, które wnet rozszerzyły się z jednéj strony na stawy kręgosłupa, z drugiéj na staw szczęki dolnéj tak iż nazajutrz chora ani karkiem ruszyć, ani szczęki otworzyć nie mogła. Migdałki i tylna ściana połyku są zaczerwienione lecz wypociu białkowych więcéj nie widać.— Gorączka wyższa niż dnia poprzedniego i poty rozpływne.

Podano zaraz pigułki salicylowe (6 gramów na 60 pigułek co godzina 4). Po wyżyciu jednego pudełka w ciągu 2 dni przypady gośćcowe ze szczętem znikły. Także na pierwotną chorobę kwas salic. zdaje się pomyślny wpływ wywarł, gdyż zaraz po nim gorączka ustała.

Następnie jednak rozszerzyło się zapalenie z gardła na trąbkę Eustachego lewego ucha ale tylko w miernym stopniu. Po kilkakrotném pęzlowaniu zaczerwienionego jeszcze gardła rozczynem kamienia piekielnego choroba szczęśliwie się zakończyła; gościec nie wrócił.

6) J. P. 26 letni najemnik przyjęty do szpitala z przyczyny przewlocznego nieżytu oskrzeli i zapalenia krtani z podejrzeniem gruźlicy, leżąc spocony przy oknie uległ w dniu 15 listopada br. gośćcowi objawiającemu się najprzód ciężkością i obolałością wszystkich członków: następnie bólem i obrzmieniem obydwóch kolan, od których rozpromieniały się bóle i pręgi czerwone wzdłuż kości goleniowych a nawet pod okostną namacać się dały wyraźne nacieki nader przy dotknięciu bolesne. Także stawy przydłonkowe w mniejszym stopniu zajęte, t. 92, ciepł. 38.

16/11 T. 100, ciepł. 39, bóle większe. Zalecono kwas salicylowy w pigułkach.

Po wyżyciu 10 gramów tego leku przypady gośćcowe ustąpiły. Najdłużéj utrzymywały się nacieki pod okostną goleni, ale i te zwolna się rozeszły. Z powodu pojawiających się wymiotów dłużéj nie można było podawać choremu kwasu salicyl. czego zresztą i nie potrzeba było, bo 19/11 tętno 96, ciepłota spadła na 37·7 a 22/11 tętno 88, ciepł 36·5. Prócz kaszlu nie ma żadnych dolegliwości.

Przechodzę teraz do innych form gośćca.

7) U pana K. G. pojawiają się, dawniéj co parę lat, teraz co parę miesięcy zwykle po przeziębieniu szalone bóle wzdłuż kości goleniowych bez gorączki, wśród nieznacznych potów.

Dawniéj wstrzykiwania morfinowe uśmierzały te bóle chwilowo. Obecnie kwas salicylowy w ilości $^1/_2$ grama w opłatku w proszku co godzina podawany tego samego dnia usuwa odrazu na dłuższy czas te bóle.

Gdy po kilku miesiącach nowy wybuch powstaje, ta sama dawka nie skutkuje, chory sam każe sobie dawkę zdwoić i ta okazuje się skuteczną. Czy potém jeszcze napady się wróciły niewiem, gdyż chory sam ucieka się do kwasu salicylowego doznawszy błogich jego skutków.

8) Pani K. żona leśniczego po zaziębnięciu w kościele w początku listopada br. uczuła ból w stawie kolanowym prawym, które téż wkrótce lekko obrzmiało. Mimo to cały tydzień chodziła utykając z powodu bólu w kolanie na prawą nogę. Dopiéro w tydzień potém t. j. 7 listopada ból w kolanie się zmniejszył, lecz natomiast pojawił się tak gwałtowny wzdłuż kości goleniowéj prawéj, iż chora ani uleżeć, ani z łóżka wstać nie mogła. Gorączka była przytém tylko mierna, poty nie wielkie. 0·02 grama morfinu i nacierania chloroformu z eterem i opodeldokiem żadnej ulgi nie przyniosły. Wtedy podałem kwas salicylowy. Zanim chora wszystkie pigułki (5 gramów) wyżyła, już bóle i gorączka ustały. Chora nie chciała kończyć zażywania leku, lecz na tém źle wyszła, bo gdy poczęła chodzić po polu bóle znowu poczęły się odzywać w téj odnodze lubo tylko w miernym stopniu.

9) W przypadku dny chroniczn[illegible], na którą dziewczyna wiejska 18 letnia od półtora roku cierpiała i do szpitala przy-

jętą została z obrzęknieniem stawów skokowych obydwu stóp i stawów przydłonkowych obydwu rąk, obolałością tychże i upośledzeniem ruchów, bez gorączki i bez potów; kwas salicylowy z początku zdawał się skutkować, tak iż chora powoli przejść się mogła, czego pierw nie potrafiła, po kilku dniach jednak bóle w stopach wróciły, podczas gdy z rąk ani razu nie ustąpiły. Wcierania maści, spirytusów, okłady ciepłe pozostały również bezskutecznemi, co widząc chora wkrótce szpital nasz na własne żądanie opuściła.

10) Jeden przykład skuteczności kwasu salicylowego w gośccu mięśniowym miałem u kolegi H. R. Tenże w dniu 15 listopada 1877 po przejazdce jednomilowéj wzdłuż bagnistéj okolicy popadł zaraz po powrocie w dreszcz i znaczną gorączkę. Nazajutrz 16/11 tętno 108, ciepł. 39·5 bóle bardzo mocne w mięśniach łytkowych, goleniowych, przednich i tylnych, w mięśniach półbłoniastach i półścięgnistych, w mięśniach szerokich uda, słowem większa część mięśni udowych i podudzia dotkliwie dokuczała choremu. Nacieranie chloroformem i spirytusami bardzo przemijającą przynosiły ulgę. Zimne okłady względnie najlepiéj jeszcze koiły te bóle, ale musiały być natychmiast zmieniane, skoro się cokolwiek zagrzały. Stanowi temu towarzyszył jakiś niespokój i drgawki odruchowe we wszystkich mięśniach tułowiu i odnóg dolnych.

Śledziona była powiększoną, lecz mogło to pochodzić także od ciężkiéj zimnicy, którą chory nie dawno przebył. Ta właśnie okoliczność spowodowała nas do użycia zaraz w 1ym dniu chininu 0·50 na noc i tyleż nazajutrz rano.

17/11 Gdy po chininie ani bezgorączkowie ani żadna inna ulga nie nastąpiła, gdy nasuwająca się myśl, ażali nie mamy do czynienia z trychinami, nie miała podstawy, poczytaliśmy niezwykłe te objawy za gościec mięśniowy. Utwierdziło nas w têm i zajęcie opłucny, które w dniu tym objawiło się kłóciem w okolicy 7 i 8 żebra w linii pachowéj przodkowéj prawéj, tudzież słyszalnêm tarciem. Zadałem tedy choremu 8 grm. kwasu salic na 60 pigułek po 5 co godzina, z których wyżył tego jeszcze dnia 20.

18/11 Noc była jeszcze przykra, pragnienie, gorączka, poty, bóle w nogach słabsze. Tego dnia wyżył chory resztę pigułek z pierwszego pudełka i rozpoczął drugą taką samą dawkę.

Piersi z powodu dotkliwego kłócia obwinął zimnym mokrym ręcznikiem dookoła.

19/11 Po wyżyciu pierwszego pudełka bóle mięśniowe całkiem ustały. Po południu powstał napad bezdechu, i nawału krwi do głowy grożącego udarem lub zaduszeniem, lecz przypadłość ta znikła po zdjęciu ręcznika zbytnie piersi uciskającego. — Kłócie dość silne się utrzymuje, plwociny wśród kaszlu okazały się parę razy żółto zabarwione. Po wyżyciu drugiéj dawki 8 gramowéj (razem 16 gramów w ciągu 2 i pół doby) pokazały się przypady upojenia: gadatliwość, kłótliwość na przemian z usposobieniem wesołêm, chwilowe mówienie od rzeczy, przeskakiwanie myśli. Przy têm pragnienie było zwiększone zwłaszcza do wody sodowéj, w potach niemal się kąpie, mocz ciemno-czerwony z osadem. Bóle więcéj się nie pojawiły. — Gorączka trwała jeszcze jeden dzień prawdopodobnie podtrzymywana przez zapalenie opłucny. Przy głębszym oddechu jeszcze przez kilka dni przeszkoda w oddychaniu czuć się dawała. Odtąd powrót do zdrowia szybki.

Z powyższych doświadczeń, szczupłych co do liczby ale okazujących prawie jednakowe skutki, wynikają następujące wnioski terapeutyczne, które w głównych punktach zgadzają się z spostrzeżeniami Strickera i innych lekarzy:

1) Kwas salicylowy jest najdzielniejszym środkiem przeciwgośccowym, bo w początkach ostrego gośćca w ilości 5—15 gramów podany przerywa tę chorobę w samym zawiązku. (Przypadek 1, 2, 3, 4, 5, 6).

2) Jeszcze w 6ym dniu choroby gośćcowéj podany ten lek może ją przerwać (przyp. 3).

3) W przypadku gośćca bezgorączkowego, że tak powiem, suchemi bólami w odnogach dolnych się objawiającego a po przeziębieniu powstającego, kwas salicylowy bóle te usunąć może (przyp. 7).

4) Również usunąć może ten lek gościec ostry jednostawowy (przyp. 8).

5) Gościec mięśniowy ostry równie szybko przez kwas salicylowy daje się usunąć jak gościec stawowy (przyp. 10).

6) Do usunięcia gośćcowego zapalenia opłucny potrzeba nieco dłuższego czasu niż do usunięcia zboczeń w stawach (przyp. 10).

7) Są przypadki gośćca stawowego ostrego, które od pierwszego dnia leczone kwasem salicylowym przecież mogą przybrać charakter chroniczny; te wyniki niepomyślne wyjątkowo wydarzają się zapewne skutkiem niepomyślnych warunków zewnętrznych np. wilgoci w pomieszkaniu, która gościec podtrzymuje.

8) Dna przewloczna *(arthritis chronica)* podobnie jak gościec przewłoczny, jak również i zboczenia przez gościec chroniczny już wytworzone np. stężenia stawów lub wady sercowe przez kwas salicylowy usunąć się nie dają.

Kwas salicylowy jest to więc środek, w którym nauka nowoczesna w twardych zapasach z naturą tryjumf odniosła na korzyść cierpiącéj ludzkości, a korzyść to nie mała, jeśli się zważy jak dokuczliwe i uporczywe są bóle gośćcowe, jak do rozpaczy przywodzą chorych a jak przykrą jest rzeczą dla lekarzy zachowywać się zupełnie biernie i grać rolę bezczynnego widza tam, gdzie chorzy we dnie i w nocy tygodniami jęczą z bólu i na próżno zwracają oczy na lekarza spragnieni jego pomocy.

Dalszą korzyścią, jakiéj spodziewać się możemy po tym środku w przyszłości jest to, że kalectwa z powodu gośćcowych zapaleń stawów, które przeszły w stan chroniczny, jak równie i wady sercowe mające za podstawę gościec staną się rzadszemi, przynajmniéj u tych chorych, którzy zawczasu będą szukali pomocy u lekarzy.

Jakie zaś wnioski teoretyczne z doświadczeń nad skutecznością kwasu sal. w gośćcu ostrym poczynić można względem teoryi gośćca ostrego, teoryi przeziębienia i chorób gorączkowych z przeziębienia wynikających, o têm pokuszę się pomówić w drugiéj części téj pracy.

Do dawniéj podanych mogę jeszcze dodać jeden przypadek świeży.

Dziewczynka 7 letnia, córeczka komisarza, śpiąc w zimnym pokoju nabawiła się gośćca ostrego objawiającego się silnym bólem w obydwu kolanach, mierną gorączką i potami. Kolano lewe było miernie obrzmiałe i tak bolesne, iż dziewczynka zanosiła się od płaczu ilę razy wstać, a nawet w łóżku poruszyć się chciała. — Zapisałem jéj salicylan sodowy podług następnego przepisu:

Rp. Natri salicylici 3·00 Aquae destill 150·00 Syr. rubi idaei 25·00 M. D. S. Co dwie godziny po łyżce stołowéj.

Po wyżyciu jednéj flaszeczki leku wszystkie przypady minęły. Cieplejszy pokój urządzono na sypialnię dla dziewczynki.

III. Zrośnięcie się zupełne pochwy po poronieniu, następowy krwiostek macicy.

Podał Dr. Adolf Goldhaber,
lek. prakt. w Mielcu.

Ośmnastoletnia N. N. poszła przed ośmioma miesięcy za mąż. Do czasu tego była zupełnie zdrową, miesiączkowała od 15go roku życia prawidłowo co cztery tygodnie, doznawała jednak każdym razem silnego bólu w krzyżach i dolnéj części brzucha. Spółkowanie w piérwszym tygodniu tylko było bolesném. W miesiąc po pierwszém spółkowaniu uczuła nudności, wymioty i przez ośm tygodni wypływu miesięcznego nie miała. Dopiéro po zimnéj rzecznéj kąpieli wystąpił dreszcz i silny krwotok z części rodnych, przyczém odszedł jakiś duży skrzep. Po tym krwotoku miała długi czas ból, lecz nie zasięgała rady lekarskiéj. W cztery tygodnie po owym krwotoku powstał ból w krzyżach podobny jak dawniéj przy miesiączkowaniu, lecz najmniejszego wypływu nie było. Po kilku dniach ból ten ustał. Odtąd co cztery tygodnie występuje silny ból w krzyżach i w brzuchu, który ciągle się zwiększa kilka dni trwa, potém ustaje, lecz coraz bywa gwałtowniejszy wypływu żadnego z części rodnych nie ma. Od wczoraj znów ma bóle ale tak silne, że się na łóżku wije. Od czasu krwotoku nie spółkowała z mężem.

Badanie wykazuje: wzrost średni, odżywienie mierne, policzki zaczerwienione, oddech i tętno przyśpieszone, ciepłota prawidłowa. Chora jęczy i żali się na silny ból w dolnych częściach żywota i w krzyżach; płuca, serce, śledziona i wątroba nie okazują żadnego zboczenia. Brzuch wzdęty nieco okazuje nad spojeniem kości łonowych obrzęk jajowaty, wielkości sporéj pięści, przesuwalny na prawo i lewo, bolesny, o czczym wypuku. Chcąc przez pochwę zbadać, ku memu wielkiemu zdziwieniu otworu odnaleść nie mogłem i przekonałem się, że tuż za wargami mniejszemi pochwa jest tkanką bliznowatą ściągnięta i zupełnie zamknięta. Ujście cewki moczowéj wolne. Przez kiszkę stolcową badając napotkałem na na kilka cm. wgłąb ku przodowi obrzęk miękki ciastowaty, podatny, bolesny, który i po wypuszczeniu moczu z pęcherza nie zmienił się.

Rozpoznanie więc było łatwe: zarośnięcie pochwy i następowy krwiostek macicy, a to na podstawie stwierdzonego zrostu pochwy i wyż wymienionych wyników badania.

Że przy opisanym stanie nie powstał krwiostek pochwy *(Haematocolpus)* musi się tém tłumaczyć, że pochwa w całéj długości jest zrośniętą, lub że obok częściowego zrostu pochwy mamy jeszcze zrost w szyi macicznéj lub jéj ujściu.

Zachodzi pytanie, co ten stan wywołało?

Z wywiadów wiemy, że u choréj miesiączkowanie odbywało się na dwa lata przed wyjściem za mąż w regularnych odstępach czterotygodniowych prawidłowo, powtóre że spółkowała z mężem aż do czasu krwotoku tj. przez ośm tygodni po ślubie, a więc pochwa i ujście macicy musiały być drożne aż do tego czasu. Nudności i wymioty, które wnet po pierwszém spółkowaniu wystąpiły w obec zatrzymania się wypływu miesięcznego świadczą, że badana zaszła w ciążę. Ale może być że po zimnéj rzecznéj kąpieli nastąpiło poronienie. Widać, że w następstwie po tém poronieniu powstało jakieś zapalenie w częściach rodnych, może zapalenie pochwy *(vaginitis)*, połączone z licznemi owrzodzeniami a w następstwie wrzody sprawiły zrost przeciwległych ścian pochwy.

W obec istniejącego krwiosteku macicy oraz w obec gwałtownych bólów, które się co cztery tygodnie powtarzały, uważałem za rzecz konieczną za pomocą rękoczynu chirurgicznego drożność pochwy przywrócić, przyczém uwzględnić musiałem i naleganie męża, który w swém prawie małżeńskiém czuł się pokrzywdzonym.

W obec braku odpowiednich narzędzi i umiejętnéj pomocy rękoczyn z ogromnym trudem wykonałem.

Obawiając się, abym kiszki stolcowéj lub pęcherza nie nadciął, kierowałem cięcia więcéj ku ścianom bocznym pochwy. Cała pochwa była silną tkanką bliznową ściągnięta, w odległości półtora cala natrafiłem na szyję macicy, którą nożyczkami naciąłem i pomału wsunąłem w takową cewnik męzki metalowy, z którego wnet sporo cieczy ciemno-czerwonéj wypłynęło. Potém wypełniłem całą pochwę, w którą zaledwie palec wskazujący prawie do połowy wchodził tamponem z waty zamoczonym w occie drzewnym. Następnego dnia (7 grudnia) chora podaje, że boleści w godzinę po rękoczynie ustały i całą noc spokojnie spędziła, ból w brzuchu mniejszy, obrzęk jajowaty nad spojeniem kości łonowych zmniejszył się, i już nie da się łatwo przesuwać. Po wyjęciu tamponów z pochwy wypłynęło około $^1/_2$ litra cieczy czerwonéj zmięszanéj z skrzepami, stan ogólny choréj był prawidłowy, najmniejszego zaburzenia po rękoczynie nie było.

8go grudnia, obrzęku w jamie brzusznej wykryć nie można, bolesność w tém miejscu nieznaczna, obrzęk, który przed operacyją przez kiszkę stolcową wykryć było można, zmniejszył się, polepszenie stałe; chora używała letnich kąpieli nasiadowych i przestrzykiwała sobie pochwę rozcieńczonym octem drzewnym dwa razy dziennie, po każdéj kąpieli zaś wsuwała sobie gruby tampon z waty.

Dnia 19 grudnia chora mi się przedstawiła opowiadając, że spółkowanie nie możebne, z téj przyczyny zaleciłem wsuwanie gąbki zbitéj, a gdy przez to światło pochwy się nie powiększyło, przystąpiłem do drugiego rękoczynu dnia 29 grudnia. Odłączając anatomicznie resztki tkanki bliznowéj, która się białym kolorem i znaczną twardością od różowo zabarwionéj błony śluzowéj odróżniała, doszedłem aż do sklepienia pochwowego, które od tyłu do szyi macicznéj było przyrośnięte a zasłaniając od kiszki stolcowéj *„gorgeretą"* oderwałem wszystkie przyczepiny tak, że ostatecznie cały palec wskazujący wszedł do pochwy z łatwością. Wystrzykawszy pochwę octem drzewnym, wsunąłem grube tampony z waty, ktore poleciłem co 3 godziny odmieniać.

Dnia następnego po operacyi téj żadnego oddziaływania ze strony choréj nie było, krwawienie ustało.

5 stycznia światło pochwy drożne dla członka męzkiego, a że żadnych upławów ani wrzodów nie było, dozwoliłem mężowi spółkowania. Jednakże takowe dotąd miejsca nie miało, gdyż wystąpiła regularność dość obfita, przy czém chora uskarża się na bóle w krzyżach i w dolnéj części brzucha.

IV. Oceny i sprawozdania.

Listy balneologiczne.

Dra **B. Skórczewskiego**,
lekarza zdrojowego w Krynicy.

List I.

Słowo wstępne: przyczyna niepomyślnego sądu o balneologii — cel listów — stosunek lekarza domowego do zdrojowego. Dyjetetyka Uffelmanna, Wiela — przekład polski — Helffta, Flecklesa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5.)

Oto zasady, któremi się kieruje w części szczegółowéj dyjetetycznego leczenia chorób żołądka. Przy braku łaknienia przestrzega, że środki drażniące w wielu przypadkach mogą raczéj szkodzić niż korzyść przynieść, zwłaszcza gdy żołądek jest bolesnym, gdy znajduje się w nim wrzód lub nowotwór, skoro zaś brak łaknienia pochodzi jedynie z upośledzonéj czynności żołądka, wtedy są odpowiednemi takie dodatki do potraw, które podniecają czyto olejkiem eterycznym jak gorczyca, pieprz, papryka, cynamon, liście wawrzynowe, kminek, koper, anyż, czy też drażnią błonę śluzową żołądka pierwiastkiem gorzkim, a wtedy podawane bywają jako herbatki z tysiącznika, z mchu islandzkiego, skórek pomarańczowych, cytrynowych, piołunu (przed którego nadużyciem przestrzega), albo też sprawiają podobny skutek zakąski z tataraku, młody chmiel podany jako jarzyna, oraz rozmaite potrawy słone, a w końcu podobnie także działają napoje wyskokowe.

Pragnienie jest bardzo częstém zjawiskiem w chorobach żołądka, a najlepiéj się je uspokaja wodą studzienną podawaną często a w małéj ilości. W jéj zastępstwie używać można lekkich wód mineralnych, wody sodowéj, niekiedy piwa lub wina. Bóle w żołądku są objawem różnych cierpień, ale w każdym razie najlepiéj skutkuje gorący napój: lekka herbata, czarna kawa, wiśniówka, a dopiero gdy te zawiodą uciec się należy do środków aptecznych. Szczegółowo zastanawia się nad bólami gastrycznemi głowy, nad wymiotami, zaparciem stolca, biegunką, wzdęciem, krwotokami żołądkowemi, omawia ich przyczyny i szuka sposobu usunięcia tych przypadków przez podanie odpowiednich pokarmów, przez to bowiem ułatwia się czynność odżywczą całego ustroju, a zarazem usuwa zaburzenia w tym narządzie, który tę czynność musi bezpośrednio wykonywać.

Dyspepsyja pochodzi 1) albo ze zboczenia w wydzielaniu całego soku żołądkowego 2) albo tylko szczegółych jego składników, a zatém chcąc złemu zaradzić, należy w pierwszych przypadkach podnieść wydzielanie, co uskutecznia się odpowiedniemi przyprawami do pokarmów, w drugich zaś należy dodać brakujących składników (pepsyny, kw. solnego), nadto 3) skutkiem fermentacyi kwaśnéj (rzadko skutkiem hypersekrecyi) wytwarza się nadmiar kwasów w żołądku z bardzo dolegliwemi przypadami, na które środki aptekarskie nie wiele i tylko chwilowo pomagają, gdyż nie usuwają przyczyny ich powstawania leżącéj w błędach dyjetetycznych; w tym przeto przypadku najważniejszém zadaniem lekarza jest odpowiednie zastosowanie dyjety. Przepis dziennego pożywienia dla takich chorych jest nieco odmiennym od poprzednich a składa się w przestankach 4 godzinnych: z 60 gm. galarety potém 200 gm. kawy czarnéj bez cukru 2) 350 gm. zupy z jajem surowém 3) z 80 gm. galarety i 200 gm. kawy czarnéj 4) z zupy 250 gm. z jajem, 5) w razie łaknienia 80 gm. drobiu.

W osobnych rozdziałach umieszcza szczegółowe i wyczerpujące przepisy, jak należy stosować dyjetę w celu leczenia nieżytów żołądka, wrzodów i raków. Na zakończenie dodaje uwagi nad częstością zaburzeń żołądkowych, ich przyczyną oraz jak złemu należy zapobiegać.

Z téj w grubszych zarysach danéj treści nie podobna zapewne dostatecznie ocenić wartość tego dziełka, to jednak już się okazuje, że autor wyczerpnął wszystkie szczegóły ważne dla lekarza praktycznego. Ale winienem jeszcze dodać, że lubo traktuje rzecz z całą powagą i ścisłością naukową, nie pomija żadnéj zdobyczy na polu chemii i fizyjologii i często opiéra swe dowody na cyfrach, to przecież jego styl jest tak lekkim, sposób przedstawiania rzeczy tak jasny i przekonywający a przytém forma tak zaokrąglona i wykończona, że dziełko to zarówno może służyć dla szérszego koła czytających jak dla lekarzy, ci zaś ostatni niewątpliwie znajdą przy czytaniu zarówno przyjemność jak wielkie korzyści.

Praca ta, tyle pożądana dla lekarza praktycznego została przyswojoną naszéj literaturze Dra: Józefa Wiela dyjetetyczne leczenie chorób żołądka, przekład dzieła „*Tisch für Magenkranke Karlsbad 1876*“ Warszawa 1877 8vo stron 84 cena 1 rubel.“ Ale niestety chcąc być sumiennym, muszę polecić oryginał, gdyż tłumaczenie to wiele pozostawia do życzenia zwłaszcza, jeżeli się je zestawi z tak znakomitą, gładką i wykończoną formą oryginału, a powtóre że tłumaczenie jest wykonaném z poprzedniego wydania, które wielce się różni od ostatniego, gdyż niemal wszystkie ustępy uległy znacznéj poprawie.

Jeżeli poprzednio ubolewałem, że nie posiadamy odpowiedniéj dyjetetyki dla chorych w ogóle, to cóż powiedzieć o dyjetetyce dla chorych leczących się przy zdrojowisku? Takowa może powstać jedynie na podstawie dyjetetyki ogólnéj, jeżeli się w niéj uwzględni wszystkie czynniki działające wśród leczenia kąpielowego, przeto należy w niéj zwrócić uwagę tak na zaburzenia w ustroju wywołane chorobą jak też na zaburzenia, jakie sprawia w szczególnych narządach picie wód lekarskich i rozmaite kąpiele. Jeżeli więc bardzo wiele znajduje się niedostatków w dyjetetyce ogólnéj, a przy tém nie znamy wielu szczegółów działania wód lekarskich, to ułożenie dyjetetyki dla leczących się przy zdrojach jak na dziś pozostać jeszcze musi *pium desiderium;* i w ten też sposób należy oceniać tego rodzaju prace. Wspomnę tu tylko o dwóch: dawniejszéj Helffta i nowszéj Flecklesa.

Pierwsza (Helfft's *Heilquellen-Diätetik. Verhaltungsregeln während des Aufenthalts an Kurorten III Auflage von* Dr. H. Blaschko. Berlin 1874, 8vo stron 203 cena 3 marki) jest z jednéj strony tak ogólnikową, że istotnie nie wiele się odnosi korzyści z jéj czytania, do czego nie mało się też przyczynia i to, że na stosunkowo małéj ilości papieru usiłował autor wyczerpnąć niezmierną ilość przedmiotów, tak, że dla właściwéj dyjetetyki poświęcił zaledwie 4 kartki, a z drugiéj strony umieścił tyle szczegółów kreśląc rozmaitego rodzaju kąpiele, oraz liczne opisy miejscowości dla leczenia serwatką, winogronami i leczenia klimatycznego, że doprawdy z trudnością przychodzi dać odpowiedni tytuł temu dziełku, w każdym razie stanowczobym dla niego wykluczył nazwę dyjetetyki kąpielowéj.

Druga zaś praca w tym kierunku „Fleckles L. *Die Brunnen u. Bade-Diätetik beim Gebrauche der Heilquellen mit besonderer Berücksichtigung des weiblichen Geschlechtes.*

Stuttgart 1876, 8vo stron 106 cena 1 mk. 60 pf.— o wiele więcéj odpowiada swemu zadaniu, lubo, o ile się to już z tytułu okazuje, przerzeczoną jest dla szerszego koła czytających, a zwłaszcza dla kobiet, to przecież i lekarz wiele z niéj skorzystać może. Nie jest to praca ściśle naukowa, ale raczéj przyjacielska pogawędka człowieka, który przetrawiwszy rozmaite poglądy zebrane drogą teoryi i praktyki, nie liczy się z każdém słowem, nie szpera za dowodami, nie motywuje swych twierdzeń, ale też nie zaciemnia głównego swego celu szczegółikami, zdąża wprost do przedmiotu, wypowiada swe zdanie jasno i zrozumiale i mniéj więcéj dosyć wyczerpująco poucza chore, jak winny się zachować w czasie leczenia przy zdrojowisku.

Za główne przedmioty swéj pracy obrał w tém dziełku: 1) sposób życia, 2) leczenie przygotowawcze, 3) wybór pory roku do leczenia kąpielowego, 4) wybór mieszkania, 5) przepisy przy piciu wody zdrojowéj, 6) przy kąpielach, 7) śniadanie, 8) objad i kolacyja, 9) ubranie, 10) ruch, 11) sen, 12) długość leczenia kąpielowego, 13) zachowanie się w czasie miesiączki, 14) dyjetetyka duszy, 15) wpływ namiętności, 16) zatrudnienie kobiece. Już z tego wyliczenia okazuje się, że przedmiotów opracowanych jest wiele, ale przedmioty te stoją w ścisłym ze sobą związku i razem łącząc się dają dobry obraz, jak wśród leczenia kąpielowego winny się zachowywać chore a po części i chorzy.

Wiele mieści się tutaj trafnych uwag i poglądów, zwłaszcza co do wpływów psychicznych na rozwój rozmaitych chorób u kobiet i na skuteczność ich leczenia, a w związku z tém stoją także wpływy na układ nerwowy, które należycie uwzględnia polecając lub zakazując pewnego rodzaju pokarmów. Ale i pod tym względem okazuje się bardzo wyrozumiałym; przedstawia szkodliwy wpływ nadużywania herbaty lub kawy na układ nerwowy, oraz na rozwój różnych chorób u kobiet, jednak zakończa tém, że nie postąpi sobie odpowiednio, kto chcąc chorą uwolnić od téj nawyczki, zakaże jéj używania tego napoju, do którego jéj natura już się po części przyzwyczaiła; więcéj się tém zaszkodzi niż pomoże.

Stanowczo sprzeciwia się używaniu kąpieli w czasie miesiączkowania nie z obawy złych następstw, ale wyraża się, że to jest nieobyczajném. Zgodziłbym się co do pierwszego, przyczyny jednak nieupatrywałbym w nieobyczajności, lecz w tém, że miesiączkowanie bądź co bądź zawsze jest połączone z mniejszém lub większém zaburzeniem w całym ustroju, a kąpiele wywiérają również bardzo znaczne zaburzenie ustroju i to rozmaite przy różnego rodzaju kąpielach; dla tego téj sprawy nie należy zbyt lekko traktować, ale przeciwnie dokładne i szczegółowe jéj zbadanie jest rzeczą bardzo pożądaną. Ponieważ do tego przedmiotu jeszcze powrócimy omawiając rozprawy przeszłoroczne, dla tego pozostawiam do przyszłego listu szczegółowe wypowiedzenie swego zdania.

Dr. M. Malbranc (w Neapolu): **O leczeniu bólów żołądkowych za pomocą natrysków wewnątrz żołądka robionych oraz uwagi o badaniu żołądka za pomocą zgłębnika.**

Autor użył w ciężkim i ciekawym przypadku nieznośnych bólów żołądkowych u panny 22 letniéj po raz pierwszy ze skutkiem nader pomyślnym natrysków robionych z wody ciepłéj zawierającéj nieco kwasu węglowego po wprowadzeniu poprzednio zgłębnika żołądkowego. Bóle żołądkowe doszły były w ostatnich 3 miesiącach choroby trwającéj od lat 3 do takiego stopnia, że je 3—4 krotne dzienne wstrzykiwania podskórne morfinowe na chwilę uspokoić nie mogły. Po wyczerpaniu wszelkich możliwych środków zewnętrznych i wewnętrznych zwykle w takich przypadkach zalecanych postanowił autor wraz z prof. Kussmaulem w Strasburgu wprowadzić do żołądka zgłębnik z rana, kiedy chora była jeszcze na czczo i przepłókać żołądek ciepłą wodą. Żołądek wówczas był próżny, woda odpływała niemal zupełnie czysta, oddziaływając kwaśno, z małą domieszką świeżo wydzielonego śluzu. Chora znosiła te przepłókiwania z pomocą zgłębnika bardzo dobrze, apetyt jéj nieco się poprawił, a napady bólów żołądkowych również nieco się zmniejszyły. Wówczas chwycono się energiczniejszego sposobu oddziaływania na błonę śluzową żołądka za pomocą ciepłéj wody sodowéj. Napełniono w tym celu lejek szklanny objętości 300 gramów połączony ze zgłębnikiem żołądkowym za pomocą rury kauczukowéj świeżo zrobioną mięszaniną wody ciepłéj ze zwyczajną wodą sodową (o ciepłocie 38° C.) i puszczono ją do żołądka podnosząc lejek do wysokości 1 metra po nad ujście gardziela do żołądka; zaraz potém obniżając odpowiednio lejek wypuszczono z żołądka całą tę ilość. Później wlewano naraz 2 lub 3 lejki, i po niejakiéj chwili wypuszczano z żołądka, tak że do jednego natrysku używano 2—3 litrów ciepłéj wody sodowéj.— Wśród takiego leczenia poprawił się po 3 tygodniach stan choréj bardzo wycieńczonéj do tego stopnia, że znosiła pożywienie posilne złożone z pieczeni i chleba, i mogła już obecnie przechadzać się. Wstrzykiwania morfiny okazały się jeszcze potrzebnemi raz dziennie podczas oddawania stolca po lewatywie. Celem ułatwienia jeszcze téj ostatniéj czynności przewodu pokarmowego zalecił prof. Kussmaul stosowanie prądu przerywanego przez 5 minut na żołądek do połowy napełniony i powłoki brzuszne w ten sposób, iż jeden biegun zostawał w związku ze zgłębnikiem żołądkowym, w którym tkwił drut okręcony jedwabiem, a drugi biegun przytykano po porządku do wszystkich szczególnych mięśni brzusznych. Skutek i tym razem był wyśmienity, chora zaraz w pierwszych dniach oddawała stolec dobrowolnie bez bólów i dobrze ukształtowany. — Po 4 tygodniowém leczeniu za pomocą natrysków żołądkowych, elektryzowania w sposób powyższy przez tydzień, chora dobrze wyglądając mogła powrócić do zwykłych swych zajęć.

Autor do przypadku tego dodaje następujące uwagi:

Bóle żołądka, czy to na tle czysto nerwowém czy téż skutkiem dawniéj przebytego wrzodu okrągłego powstałe wyczerpały siły choréj i powaliły ją o łoże boleści, a otrucie przewłoczne morfinem dokonało rozstroju nerwowego podtrzymując nadto przeczulicę nerwów żołądkowych. W obec takiego stanu chorobowego zasługuje powyższy sposób leczenia na baczną uwagę a skuteczność jego polega na na następujących warunkach: 1) Natryski wypróżniają zupełnie żołądek szczególniéj przy znaczném rozszerzeniu jego; 2) czyszczą żołądek usuwając istoty ostre, gryzące, nagromadzające się tak łatwo w nieżytach chronicznych żołądka; 3) cenném jest również działanie kojące miejscowéj ciepłéj kąpieli wodnéj jak i siła prądu wody drażniącego nerwy naczynioruchowe i ułatwiającego krążenie w naczyniach krwionośnych żołądka. 4) Kwas węglowy zasługuje przy takiém leczeniu na uwagę z powodu swych dzielnych własności pomocniczych, podniecających ruch robaczkowy jelit.

Przy wprowadzaniu zgłębnika do żołądka należy najpierw odmierzyć potrzebną jego długość, aby się dostał do żołądka na 1—2 cali poniżéj ujścia doń gardziela; w tym

celu koniec zgłębnika ustawia się w wysokości wyrostka mieczykowatego kości mostkowéj, a miejsce odpowiadające ustom chorego naznacza się przewięzując zgłębnik nitką w wysokości powyższéj. Chorzy lubią następnie gryść zgłębnik, dla tego można im dozwolić téj przyjemności nasuwając nań pierścień rogowy rowkowany i ustalając go w miejscu nitką przewiązaném. Zgłębnik angielski należy przed użyciem zanurzyć w wodzie ciepłéj, a następnie tak lejek jak i zgłębnik wypełnić wodą przeszkadzając jéj odpływaniu przez uciśnięcie miękkiego zgłębnika w którémkolwiek miejscu. Gałka jajowata (oliwka) znajdująca się na końcu zgłębnika zazwyczaj twarda powinna być krótką.

Zgłębnik da się z wielką łatwością do żołądka wprowadzić, jeżeli się należycie chorego ustawi. Chory powinien prosto siedzieć i głowę ku tyłowi przechylić, aby tym sposobem można wyrównać zagięcia gardziela. Zgłębnik dobrze oliwą nasmarowany ujmuje się w 2 palce ręki lewéj przy oliwce, wsuwa aż po nad nagłośnię i zgina obu palcami ku dołowi tak, żeby potém ręka prawa kierując zgłębnik ku dołowi mogła go wsunąć w drożną część gardziela. W chwili, w któréj zgłębnik napotyka na opór, jaki stawia przodkowe wypuklenie kręgosłupa, powinien chory głowę pochylić ku przodowi, przez co zgłębnik wsuwa się z łatwością do dolnéj części gardziela. Zazwyczaj jeszcze zgłębnik napotyka na jeden w końcu opór tj. przy ujściu gardziela do żołądka, przez to że jego koniec wikla się w zaułkach błony śluzowéj, już to z powodu kurczenia się samego ujścia i skłonności do wymiotów. Prąd atoli ciepłéj wody usuwa te przeszkody.

Ślady krwi pokazujące się w wodzie odpływającéj z żołądka nie mają znaczenia; pochodzą one z miejsc rozpulchnionych i przekrwionych żołądka, z których łatwo przyblonek się ściera. Obawa przed dostaniem się błony śluzowéj do zgłębnika przy użyciu pompy ssącéj jest przesadzoną i wyjątkową a przy należytéj ostrożności może także przebicie żołądka za pomocą zgłębnika zdarzyć się tylko w razach nadzwyczajnych owrzodzeń, dla tego użycie powyższego sposobu leczenia nie powinno w praktyce lekarskiéj napotkać na wielkie przeszkody w przypadkach odpowiednich. *(Berl. klinische Wochenschrift* 1878 Nr. 4). *Obt.*

Müller-Warnck: **Przypadek ciężkiego otrucia sinkiem potasu, wyzdrowienie.**

Fotograf 24-letni w Kielu wypił ilość sinku potasu wynoszącą od 2·0 — 2·50 gram, poczém natychmiast upadł bez przytomności. Wkrótce wystąpiły wymioty cuchnące olejkiem migdałów gorzkich, a chory szybko przeniesiony do kliniki lekarskiéj znajdował się w okresie zamartwiczym. M. wstrzyknął mu podskórnie 2·0 eteru siarczanego i wprowadziwszy zgłębnik żołądkowy wypłókał żołądek wodą letnią, aż woda wracająca była całkiem bezwonną, co nastąpiło dopiéro po użyciu 20 litrów wody. Gdy mimo to objawy obrzęku płucnego się wzmagały, a oddychanie od czasu do czasu nawet ustawało, M. stósował oddychanie sztuczne, gorczyczniki, ponowne i kilkakrotne wstrzykiwanie eteru z kamforą. Gdy wszystkie te środki w ciągu 1½ godziny użyte okazały się bezskutecznemi, wsadzono dogorywającego do wanny napełnionej wodą 33° R. mającą, a równocześnie polewano głowę i kark wodą lodową. Tym razem skutek był świetny; oddychanie stało się prawidłowém, tętno silniejszém i już nie przepuszczało. Po upływie godziny wyjęto chorego z kąpieli, wstrzyknięto znów kamforę z eterem i zawinięto w koce. W 7 godzin później chory odzyskał samowiedzę, po 4 dniach opuścił łóżko. Pozostało tylko zasępienie umysłu, znużenie i jąkanie się, które to ostatnie nie ustąpiło.

W obec faktu, że 0·15, a najwięcéj 0·30 sinku potasu wystarcza do zabicia człowieka, M. jako przyczynę nadspodziewanie szczęśliwego przebiegu otrucia w tym przypadku uważa okoliczność, że preparat u fotografa przez długi czas znajdujący się musiał po części rozkładać się, oraz, że trucizna zażytą została po śniadaniu, a więc przy żołądku niepróżnym.

(Mybyśmy położyli jeszcze nacisk na wymioty, które wystąpiły u chorego przed udzieleniem pomocy lekarskiéj,— mimo to jednak przypadek ten dowodzi, że w obec otrucia sinkiem potasu pomoc szybka i staranna może być skuteczną.) *(Berl. klin. Woch.* 1878. Nr. 5.) *L. B.*

Prof. A. Frisch (we Wiedniu): **Badania doświadczalne nad tak zw. chorobą szmaciarską.**

Prątki we krwi ludzi chorych na wąglik znalazł pierwszy Davaine, a botanik F. Cohn we Wrocławiu prątki te uznał jako osobny rodzaj lasecznika wąglikowego *(bacillus Anthracis)*. Późniéj Koch na mocy swych doświadczeń doszedł do wniosku, że te żyjątka stanowią właściwy jad wąglikowy a zdanie jego potwierdzili Bollinger, Pasteur i Joubert; równocześnie F. wykazał doświadczalnie sposób rozwoju lasecznika wąglikowego, oraz przekonał się, że szczepienia rogówki uskutecznione za pomocą zwykłego lasecznika wywołują całkiem inne zmiany, aniżeli szczepienie za pomocą lasecznika z krwi wąglikowéj pochodzącego, po którém w rogówce zwierzęcia żyjącego laseczniki wegietują daléj w postaci laseczek. Polegając na tém doświadczeniu F. postarał się o krew z psa, który po wstrzyknięciu krwi wziętéj od osoby cierpiącéj na chorobę szmaciarską był szybko zginął, krew tę zmięszał z gliceryną i szczepił nią rogówki królików żyjących. W kilka godzin późniéj wystąpiło oddziaływanie zapalne, a w godzin 12 cała rogówka była zamgloną i rozmiękczoną; po wycięciu jéj i zabarwieniu złotem badanie drobnowidowe wykazało martwinę ciałek rogówkowych, a w szczelinach międzywłóknowych znajdowały się dobrze rozwinięte laseczniki.

Przyszedłszy na domysł, że ma przed sobą sprawę wąglikową, wycinał rogówki wcześniéj, we 2—3 godzin po szczepieniu, a w tychże znajdował piękne, gwiazdkowate figury pilśniowe, składające się z pięknych, długich laseczników, w niczém nie różniących się od figur, które przedtém otrzymał po szczepieniu krwią wąglikową, a więc miał prawo przypuścić z wielkiém podobieństwem do prawdy, że owe gwiazdkowate figury w rogówce nie są niczém inném, jeno rośleniem (wegetacyją) lasecznika wąglikowego, oraz, że materyjał do szczepienia użyty pochodził od wąglika. Po zastrzyknięciu tego samego płynu (krwi pochodzącéj od osoby cierpiącéj na chorobę szmaciarską zmięszanéj z gliceryną) dwom królikom pod skórę, zwierzęta te zginęły po upływie 18 i 22 godzin, a we krwi ich znalazł laseczniki wąglikowe w wielkiéj ilości, już to spoczywające, już to poruszające się samodzielnie. Te same następstwa i zmiany wywołały szczepienia na innych zwierzętach uskutecznione zapomocą krwi już to czystéj, już to znów rozcieńczonéj gliceryną, wziętéj od tych dwóch królików. Wynik więc tych szczepień potwierdził w zupełności powyższe przypuszczenie autora; niemniéj przemawia za takowém i re-

zultat hodowania laseczek, tak, że autor nie wątpi wcale, iż ów przypadek choroby szmaciarskiéj, z któréj pochodziła krew do szczepienia użyta, polegał na zakażeniu wąglikowém.

F. nie chce jeszcze twierdzić stanowczo, że choroba szmaciarska a wąglikowa są identycznemi, choć nic nie przemawia przeciw temu twierdzeniu. Zarażenie osób zajętych w papierniach układaniem i czyszczeniem szmat nastąpić może w trojaki sposób: 1) bezpośrednio przez zetknięcie się szmatami zakażonemi jadem wąglikowym; 2) najwięcéj przez oddychanie powietrzem w salach, w których szmaty zakażone się rozkładają, a 3) może i drogą kanału pokarmowego. Sposób drugi zapewne jest najczęstszym i dla tego w t. zw. chorobie szmaciarskiéj nie spotykamy się z pierwotném cierpieniem skóry i tkanki podskórnéj (z wąglikiem), a wąglik skórny w ogóle już oddawna nie uchodzi jako objaw konieczny choroby wąglikowéj; przebieg zaś choroby szmaciarskiéj jest nadzwyczajnie podobny właśnie do owych przypadków choroby wąglikowéj, w których niema cierpienia miejscowego. Z tém wszystkiém dalsze badania dopiéro rozstrzygną stanowczo pytanie, ażali wszystkie przypadki choroby szmaciarskiéj polegają na zakażeniu wąglikowém. *(W. med. Wochens.* 1878 Nr. 3. 4. 5.). *L. B.*

Dr. Adamkiewicz (w Berlinie): **Peptony (strawiny) jako pożywka.**

Z poprzedniéj pracy autora *(Natur und Nährwerth des Peptons 1877)* wiadomo, że strawiny różnią się od zwyczajnego białka jedynie mniejszą ilością soli nieorganicznych, oraz że trawienie białka polega na wyciąganiu z niego soli. Doświadczenia okazały, że peptony posiadają taką samą wartość odżywczą co i białko niezmienione, przyczém spostrzeżono, że bywają daleko łatwiéj pochłaniane, to jest prędzéj przechodzą do soków ustroju, wreszcie, że łatwiéj się rozkładają w ustroju aniżeli białko niezmienione. Z tych powodów A. radzi używać strawin do żywienia chorych, którzy nie znoszą mięsa i w ogóle ciał białkowatych. Doświadczenia robione przez Dra Sioli i autora w berlińskiéj *Charité* zdaje się bardzo zachęcać do dalszych prób w téj mierze; chorzy bowiem wybornie żywili się peptonami, lubo wszelkie inne pokarmy wyrzucali z wymiocinami.

Do zupełnego odżywiania ustroju prócz pokarmów tkankorodnych (plastycznych, azotowych) potrzeba jak wiadomo, wody, soli, tłuszczów i wodników węgla. Ogólna ilość tych niezbędnych odżywek wynosi na 24 godzin $^1/_{16}$—$^1/_{18}$ cz. wagi ciała; w téj ilości mieścić się winno 100 grm. białka, w przypuszczeniu, że waga ciała wynosi 80 kilogramów. Dla chorych zazwyczaj wystarcza od 50 do 60 grm. białka na 24 godzin. Zwykłą postać pokarmów azotowych przedstawia mięso. Strawiny atoli nie mogą zastąpić mięsa w zupełności, nie zawierają bowiem tych ciał, które znajdują się w wyciągu mięsnym Liebiga lub w rosole. Chcąc zatém zastąpić mięso strawinami należy je rozpuścić w wodzie i dodać nieco wyciągu mięsnego lub lepiéj rozpuścić je w zwyczajnym rosole. Dzienna średnia ilość peptonów powinna odpowiadać 50—60 grm. białka czystego lub 200—250 grm. mięsa. W enemach zadaje się naraz ilość peptonów odpowiadającą 50 grm. białka. Mając to na uwadze z łatwością można ustanowić wskazanie lecznicze do użycia peptonów w chorobach przewlekłych. Dr. Witte w Rostoku fabrycznie wyrabia strawiny. Nie zachodzi przeto żadna trudność w stosowaniu strawin w praktyce lekarskiéj. *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 2 1878). *L—ski.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 19go grudnia 1877 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 28 i 1 gość.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia odczytał kol. Pacuła rzecz „O skamieniałościach i kamieniach w ustroju zwierzęcym" i okazał przytém kamień wagi 58·3 gramów wydobyty z kiszki ślepéj konia a Tow. przez szan. kol. Dra Ulanowskiego z Lublina nadesłany. Kol. Ponikło zwraca uwagę, iż kamienie takie nie są rzadkie w przewodzie pokarmowym u zwierząt, a znajdują się także u człowieka, mianowicie trafiają się w Szkocyi osobliwie w kiszce ślepéj i poprzecznicy. W muzeum londyńskiém znachodzi się kamień ważący 4 funty i składający się z otrębów owsianych (które się znachodzą w mące owsianéj, tamże za pokarm używanéj) pozlepianych kryształkami fosforanu wapniowego. Jądro stanowi kamyk żółciowy.

2) Kol. Bylicki okazał ergotyn w formie, w któréj dotychczas u nas go nie używano, mianowicie tak zwane *„Ergotinum dialysatum"* otrzymane przez dyfuzyję z wyciągu wodnego. Jak wiadomo, nie udało się dotychczas nikomu otrzymanie w formie czystéj pierwiastku skutecznego sporyszu i dlatego téż musimy używać proszku lub wyciągów. Z wyciągów bardzo słusznie farmakopeja rakuzka przyjęła wyciąg wodny raz jeszcze nalany wyskokiem i odparowany jako *„ergotinum bis depuratum"*.

Wernich bowiem w pracy swojéj *„Einige Versuchsreihen mit dem Mutterkorn"* wykazuje, że wyskok nie wszystkie pierwiastki skuteczne wyciąga, i że im silniejszego użyjemy wyskoku tém mniéj otrzymamy skutecznych pierwiastków. Dlatego téż wyciąg wyskokowy jest przetworem nieużytecznym. W tejże saméj pracy przekonał się Wernich, że przepuszczając wyciąg wodny przez pergamin otrzymujemy ciecz wodnistą ciemno-czerwoną, przeźroczystą zawierającą w sobie wszystkie składniki skuteczne. Dla odbarwienia przepuszczał W. ciecz otrzymaną za pomocą dyfuzyi przez węgiel i otrzymał preparat bezbarwny, który jednak nie posiadał przymiotów wyciągu. Jedno doświadczenie jeszcze Wernicha godne jest wzmianki: po nalaniu wyciągu wodnego rozwodnionym kwasem siarkowym a następnie wyskokiem, wyskok przyjmuje wszystkie pierwiastki działające, które można strącić z roztworu wyskokowego węglanem sodowym. Z tego wnosi W., że skuteczny pierwiastek ergotynu jest kwasem, który w połączeniu z kwasami rozpuszcza się w wyskoku a opada w połączeniu z zasadami.

Ergotyn otrzymany przez dyfuzyję jest bezwątpienia stósowniejszym do wstrzykiwań podskórnych przetworem, niż maziste roztwory wyciągów. Czy skutki mieć będzie te same, nie może z kilku doświadczeń twierdzić, to jednak dotychczas na pochwałę jego powiedzieć może, że wstrzykiwanie samo nie jest tyle bolesném przy wstrzykiwaniu wyciągów, że ból miejscowy ustępuje już na drugi dzień i że nie tworzą się nacieki w skórze, co przy użyciu wyciągów zawsze występuje.

Nakoniec zapytuje się kolegów internistów i chirurgów, czy w praktyce swojéj szpitalnéj lub prywatnéj używają zastrzykiwań podskórnych ergotynu i z jakim skutkiem?

Kol. Obtułowicz uznaje niezaprzeczenie wielką skuteczność ergotynu w krwotokach, nie sprawiał on w jego doświadczeniach bólu ani nacieku większego, co przypisuje temu, iż igłę zawsze głęboko w tkankę podskórną wprowadzał. Kol. Warschauer namienia, iż używał z dobrym skutkiem wstrzykiwań ergotynu mianowicie w wrzodzie żołądka przeszywającym i to w takich razach, gdy chory lekarstwa zażywać nie mógł. Kol. Ściborowski oraz kol. Pareński używali podskórnie ergotynu w krwotokach płucnych i nie uważali tak dobrego skutku jaki mieli po użyciu wewnętrznem. Kol. Obaliński używał wstrzykiwań ergotynu w mięsakach głęboko na szyi usadowio-

nych a wziął pochop do tego z rezultatów dobrych podanych przez Hildebranda w jednym przypadku, atoli chory umarł w skutek rozrostu nowotworu, nim mógł sprawdzić skuteczność przerzeczonych wstrzykiwań ergotynu. Kol. Lutostański wstrzykiwał ergotyn w krwotokach płucnych w Szczawnicy i w macicznych w Iwoniczu. Pierwsze wypadały mu tak jak kol. Ściborowskiemu i Pareńskiemu, co tłumaczy sobie obecnością celulozy w roczynie wodnym. W Iwoniczu wpierw filtrował rozczyn wodny i parował go, a następnie tak oczyszczonego przetworu używał do wstrzykiwań z rezultatem bardzo pomyślnym. Kol. Bylicki namienia jeszcze, iż radykalne wyleczenie włókniaków po wstrzykiwaniach ergotynu tylko Hildebrandowi się udało. Krwotoki zaś ustają.

3) Kol. Obtułowicz zawiadamia, iż na klinice prof. Rosnera znajduje się chora, u której 4 ctm. po za wejściem do pochwy znachodzi się ściana dzieląca pochwę na 2 komory. Zondy wprowadzone do macicy nie stykają się w niéj, co każe wnosić, że i macica na dwie komory jest podzieloną.

4) Kol. prof. Blumenstok odczytał „Regulamin dla komisyi redakcyjnéj,“ który Towarzystwo w całości przyjęło.

5) Kol. Obtułowicz przedstawił wniosek urządzenia kasy wsparcia przy Towarzystwie lek. krak.

Po dłuższéj dyskusyi, w któréj głos zabierali koll. Ściborowski, Bylicki, Warschauer, Lutostański, Blumenstok, uchwaliło towarzystwo na wniosek kol. Przewodniczącego wybranie osobnéj komisyi złożonéj z koll. Rydla, Janikowskiego, Ściborowskiego, Obalińskiego, Kwaśnickiego i wnioskodawcy, która odpowiednie wnioski Towarzystwu przedstawi.

6) Komisyja balneologiczna prosi o potwierdzenie wyboru na członków komisyi balneologicznéj prof. Czernego i Bandrowskiego, co się też stało.

7) Do zbadania rachunków Towarzystwa i Przeglądu Lekarskiego wyznaczono komisyję z koll. Zarewicza, Blatteisa i Pacuły, oraz w zastępstwie kol. Wiszniewskiego.

8) Obrano przez głosowanie członkami korespondentami Towarzystwa Drów Orłowskiego Franciszka, i Kadlera Ludwika w Warszawie, kol. Dziembowskiego w Muszynie i kol. Szyszyłowicza w Sieniawie. *Dr. Dembowski.*

VI. Listy z Kamieńca Podolskiego.

I.

Przypuszczam, że ciekawą będzie dla Waszych czytelników wiadomość o sanitarnych na Podolu urządzeniach, wywołanych potrzebą ostatniéj wojny. Nie należy zapominać, że gubernia nie jest zbyt oddaloną od krwawego teatru, że płaszczyzny jéj przerżyna droga żelazna, jeden z najważniejszych szlaków komunikacyjnych, po którym w ciągu ubiegłego półrocza przewieziono 50,000 chorych i rannych wojowników. Więc zacznę od krótkiéj topografii tego stalowego traktu: piérwszą ważniejszą stacyją położoną w granicach terytoryjum, które zamierzam opisać, jest Bałta, najbardziéj wysunięta na południe, potém Żmierzynka, gdzie się droga rozdziela na dwoje — jedna jéj gałęź dąży ku Wołoczyskom, druga prowadzi do Kijowa, przy ostatniéj leży Winnica nad Bohem. Ostatnią parę godzin jazdy oddziela od granic kijowskiéj gubernii.

Otóż głównem zadaniem władz było lokować szpitale w miejscowościach zdrowych i nie zbyt od tego traktu oddalonych. Nim jednak przekonamy się, o ile się z niego wywiązały, wypada tu dodać, że Podole przed rozpoczęciem wojny posiadało dwanaście szpitalów, rozrzuconych po miastach powiatowych; dwa z nich, w Kamieńcu i Bałcie, liczyły od 100 do 200 łóżek, inne zaś od 10 do 30 najwięcéj; nadto w mieście gubernialném znajduje się lazaret na 100 chorych, ale ten w razie potrzeby może być w czwórnasób powiększony, posiada bowiem miejsce po temu i wszelkie utensilia — jak meble, pościel, bieliznę itd. itd.

Władze miały to wszystko na względzie, a jednak nie zużytkowały dawniejszych szpitali — i bardzo słusznie — transport chorych do oddalonych i nie arcy hygijenicznie urządzonych zakładów kosztowałby nazbyt drogo.

Przystąpiono więc energicznie do zakładania nowych; dwa zarządy szły tu z sobą w zawody: ministeryjum wojny i towarzystwo czerwonego krzyża. Nie należy zapominać, że ostatnie rozpada się na komitety gubernijalne, te zaś dzielą się na powiatowe, niektóre z nich funkcyjonują samodzielnie, jeżeli naturalnie środki potemu posiadają.

Otóż ministeryjum wojny utworzyło na Podolu cztéry czasowe lazarety: w Bałcie, Winnicy i Tulczynie, na 630 łóżek każdy; w Międzybożu na 230 tylko; razem więc 2120 chorych rannych wojowników znalazło u nas lekarską opiekę. Najwięcéj trudności przedstawiała Bałta — bo brak zupełny odpowiednych budynków; w Winnicy — jako niegdyś stolicy bracławskiego województwa, już było latwiéj: znalazło się tu kolegium pojezuickie, kędy przez pół wieku egzystowało gimnazyjum, nim je w 1847 r. przeniesiono do Białéj cerkwi, nadto klasztor podominikański w dobrym wcale stanie; w Tulczynie — budynki dawnego lazaretu, zwiniętego przed dwudziestąkilką laty i pałac z olbrzymiemi oficynami, dźwignięty przez Szczęsnego Potockiego; w Międzyborzu po Czartoryskich spuścizna, bardzo troskliwie podtrzymywana.

Ostatnie dwa punkty nie zbyt oddalone od kolei żelaznéj (wiorst 17), kiedy pierwsze przy niéj położone nastręczały nie małą pod względem transportowania rannych dogodność. Troskliwość rozwinięto wielką, zaproszeni lekarze uposażeni dość sporą pensyją; co do pomieszczenia, wypadało się zadowolić rozporządzalnemi budynkami; nieodpowiadały wprawdzie one wszystkim warunkom, ale o zadosyćuczynieniu im nie było czasu myśléć... lazarety zapełniły się w okamgnieniu. Rozpatrzmy teraz z kolei czynności i zabiegi towarzystwa czerwonego krzyża, zregistrujmy wreszcie ofiarność prywatną, bo i ta miała miejsce, więc i o niéj wspomnieć tu należy.

Główny zarząd towarzystwa posiadał przed rozpoczęciem wojny kapitały olbrzymie, teraz wyczerpane, choć napływ wcale imponujących darów nie mały jest i dzisiaj (Petersburg i Moskwa po 100,000 r., szczególne firmy kupiepo 50,000 r. po 25,000)... Ależ bo i potrzeby ogromne; dopiéro likwidacyja po skończonéj wojnie wykaże jak wielką była suma wydana. Trzeba jednak oddać sprawiedliwość zarządowi głównemu, nie zaniedbał on tego, co tylko miało na względzie polepszenie zdrowia i uprzyjemnienie chorym pobytu w przytułkach jego kosztem wzniesionych.

Za przykład niech tu posłuży szpital Czerniatyński (w Lityńskim powiecie) — istne cacko o 6 wiorst oddalony od Serbinowiec, stacyi na Bałcko-Proskurowskiéj kolei żelaznéj. Chcę być dokładnym w opisie, więc muszę szczegółowo całą procedurę wedle pewnego porządku ułożyć. Przypuśćmy mój czytelniku, że jesteś podróżnym, więc wprzódy drogę do danéj miejscowości przebyć winieneś, nim miejscowość ową, cel twojéj wędrówki opatrzysz.

Pociąg sanitarny, jeżeli ma zamiar ulokować chorych w Czerniatynie, za pośrednictwem telegrafu uprzedza o tém zarząd szpitala, a obowiązkiem tego ostatniego jest zabrać ich z kolei żelaznéj i odwieść na miejsce przeznaczenia. Ku temu celowi służą furgony pomysłu Dra Sederholma, nadzwyczaj prostéj konstrukcyi; kolega wyżéj wzmiankowa-

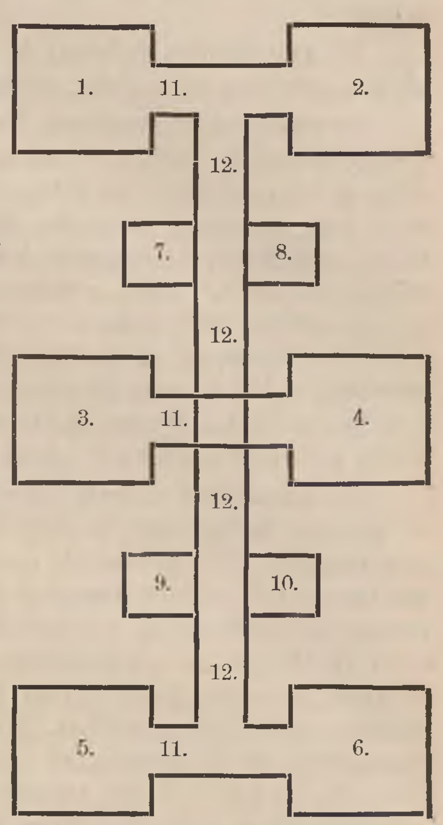
ny, inspektor służby zdrowia w gubernii podolskiéj, najwięcéj przyłożył ręki do urządzenia tego zakątka, z pewnym fanatyzmem ukochał go — i dotąd nad nim czuwa troskliwie. Otóż furgony jego są to duże czterokolne wozy (char), zwykle używane do wożenia buraków, — (a właśnie okolica czerniatyńska obfituje w zakłady cukrowarniane), długie 4, szerokie 2,5 arszyn; tylna ich ściana ruchoma, z dnem związana, spuszczona, formuje wygodny pomost, zwłaszcza, że ten podzielony jest kilka poprzecznicami, zastępującemi tu schodki. Wewnątrz woza, u boków jego umieszczono ławki wiszące na paskach, na każdéj z nich rozlokować się może sześciu chorych; w razie gdyby ci ostatni nie mogli siedzieć, wówczas do dwóch ław dodaje się trzecia, zawsze znajdująca się w wozie, wsuwa się ona między tamte i formuje posłanie dla sześciu chorych; nad wasągiem zawieszona półkolem opona z parusyny czy grubego płótna zabezpiecza podróżnych od dészczu i skwaru letniego. Szpital posiada sześć furgonów z należytym zaprzęgiem.

Pociąg sanitarny, przybywający do Serbinowiec, zastaje tabor czerniatyński pod opieką lekarza, siostry miłosierdzia, felczera i odpowiedniéj liczby służących („sanitarami“ zwanych); tabor ów przywozi z sobą potrzebny zapas lekarstw, wino, wódkę, pieczone mięso i bułki. Ale to jeszcze nie wszystko; przyjąć — łatwo to powiedzieć; nie należy wszakże zapominać, że owi przyjmowani — to chorzy, najczęściéj nie będący w stanie o własnych poruszać się siłach. Ku temu więc służą nosze bardzo prostéj konstrukcyi: *a*) siedzeniowe z dwóch desek złożone, *b)* pokrowiec z materaca, o czterech poprzecznych taśmach, zakończony po obu podłużnych brzegach uszkami, w które wsuwają się kije, *c*) rodzaj ruchomego łóżka z parusyną zamiast siennika, *d)* dla ciężko chorych parusynę zamieniają na wygodne poduszki.

I tu jeszcze nie koniec zabiegów. Ranni i złożeni niemocą, przybywający prosto z pola walki, często nieposiadają własnéj bielizny, obuwia, ubrania — słowem nic zgoła. Zarząd pociągu sanitarnego zaopatruje ich wprawdzie w to wszystko, ale oddając pacyjenta, zabiera swoje utensilia, szpital więc czerniatyński wysyła wraz z furgonami koszule, szlafroki, ciepłe buty wojlokowe albo trzewiki stosownie do pory roku.

Tak przybranych, naprędce posilonych wojowników zagarnąwszy, powraca do siebie; droga nie trwa dłużéj nad godzinę, toczy się po płaszczyźnie, dobrze jest przytém utrzymana. U drzwi szpitala czeka na podróżnych kapłan wschodniego obrządku z krzyżem i święconą wodą... Mówiono nam, że obecność księdza wywiera dziwnie przyjemne na schorzałych i wyniszczonych biedaków wrażenie...

Ale otóż jesteśmy na miejscu — przypatrzmy się więc wszystkiemu. Szpital urządzony według systemu barakowego o ścianach z pruskiego muru, składa się z sześciu budynków, każdy z nich długości 48, szerokości 14 arszynów; ustawione parami; odległość między pojedynkami pary wynosi 10 sążni; między dwiema parami sąsiedniemi 20 sążni; pary łączą się ze sobą poprzecznemi korytarzami, wszystkie zaś wiąże w jedno podłużna kryta galeryja. Do téj ostatniéj cztéry przytykają pokoiki; dwa między pierwszą a drugą parą baraków, dwa zaś inne między drugą a trzecią. W jednym z nich mieszka naczelny lekarz, w drugim przełożona sióstr miłosierdzia, w trzecim mieści się dobrze zaopatrzona aptéka, w czwartym sala operacyjna ze wszystkiemi potrzebnemi przyborami, znajduje się tu sporo narzędzi chirurgicznych, sprowadzonych przez towarzystwo, a wartujących przeszło 1000 r. Najlepiéj jednak formę budynku uwydatni załączony rysunek.



1, 2, 3, 4, 5. Baraki dla chorych.
6. Barak dla służby.
7. Mieszkanie przełożonéj sióstr miłosierdzia.
8. Mieszkanie głównego lekarza.
9. Aptéka.
10. Sala operacyjna.
11. Korytarze poprzeczne.
12. Galerya podłużna.

Front baraków zwrócony jest ku południowi, a od północy zabezpiecza je park wspaniały, rozścielający się na płaszczyznie; ostatnia obfituje w czystą i smaczną wodę źródlaną.

Pięć baraków właściwie jest przeznaczonych dla chorych i rannych, szósty zaś dla służby szpitalnéj.

Każdy barak stanowi oddzielną całość; składa się on z salonu o 24 łóżkach i dwóch małych pokojów, o 3 łóżkach dla chorych pragnących uniknąć gwaru i potrzebujących samotności. Wysokość ich wynosi 6 arszyn., na każdego z przemieszkujących tu 30 ludzi przypada 1200 kubicznych stóp powietrza. Wentylacyja odpowiada najzupełniéj potrzebie: dolne warstwy oczyszczają się za pośrednictwem kanałów, umiejscowionych pod podłogą, do których prowadzą otwory pod każdém znajdujące się łóżkiem; średnie warstwy przewietrzają furtki w oknach z metalicznemi siatkami, systemu Moraya, górne oczyszczają rury przeprowadzone do kaloryferów, najwyższe — rury wyciągające; w każdym salonie znajdujemy cztéry kaloryfery i dwa kominki, na których płonie ogień nieustający. W pośrodku sali postawiony stół, a na nim potrzebne do pisania przybory, nadto książki, mapy z teatru wojny itd. Chorzy tu obiadują, jak w kółku rodzinném, a wentylacyja tak znakomicie urządzona, że choć do sali wnoszą potrawy z przymieszką kapusty, choć żołnierze nieustannie palą fajki, powietrze zawsze jest bezwonne i czyste. Ale jeszcze nie skończyliśmy opisu baraków: każdy z nich, oprócz trzech wyżéj wyszczególnionych pokojów, posiada łazienki z rezerwoarem ciepłéj i zimnéj wody, skład z bielizną (cztéry odmiany na chorego), obuwiem, ubraniem, kredensem szpitalnym itd. Nadto wychodek zwykły (skrzynia na kołach, *fosse mobile)*.

Baraku dogląda siostra miłosierdzia, felczer, dwie dozorczynie (*Garde malade* — „sidiełki“) i dwóch służących.

Chorzy otrzymują codziennie funt mięsa, dwa razy herbatę z półfuntem bułki dobrze wypieczonéj, wino, wódkę i mléko, wiele go potrzeba; szpital bowiem posiada stado z 10 krów złożone.

Nie potrzebujemy dodawać, że znajduje się tu lodownia, pralnia, potrzebny zapas słomy, materyjału opałowego itd.

Na zbudowanie i urządzenie baraków towarzystwo czerwonego krzyża wydało 32,000 r., miesięczne utrzymanie kosztuje 4,500 r., dziennie na jednego chorego 50 groszy. Personal tego wzorowego przytułku składa się z głównego lekarza (pobierającego miesięcznie 200r.), dwóch jego pomocników (po 150 r. każdy), z sześciu sióstr miłosierdzia (starsza nie pobiera wcale pensyi — a była nią przez czas długi Drowa Sederholmowa, młodsze po 35 r.), aptekarz ze stopniem prowizora (125 r.) pięciu felczerów (po 25 r.) i dziesięć dozorczyń (po 10 r.). Dyżury dniem i nocą odbywają kolejno siostra miłosierdzia i felczer; lekarze są na zawołanie.

Na zakończenie o ruchu chorych — łóżek tu 150; do 20 grudnia liczono 450 cierpiących wojowników; śmiertelność wynosiła 20%; główną jéj przyczyną dur i czerwonka; tak naprzykład — jeden transport złożony był z 13 chorych dotkniętych dyzenteryją, a z tych w krótce 5 umarło. Rannych dotąd było nie wielu, dopiéro na początku bieżącego miesiąca przysłano z pod Szybki 108 ze znacznemi uszkodzeniami ciała i odmrożeniami. Dodamy jeszcze, że szpital funkcyjonuje od 26 sierpnia, że zwiedzał go z polecenia cesarzowéj, jako prezydentkij towarzystwa czerwonego krzyża znakomity Pirogow i znalazł w nim wzorowy porządek. Czerniatyn należy w chwili obecnéj do p. Lwowa, on to z godną pochwały gotowością udzielił miejsca dla zbudowaniu baraków.

Jeszcze w pierwszych dniach sierpnia przeszłego roku podolskie towarzystwo czerwonego krzyża założyło szpitał w Sewerynówce, wsi odległéj od Czerniatyna o wiorsty dwie, a od Serbinowiec o siedem. Właścicielka wzmiankowanéj osady p. Korsakowa z domu Orłowska ofiarowała na ten cel piękny pałacyk, sama przywdziała strój siostry miłosierdzia; dogląda chorych z zaparciem się i ofiarnością. Urządzenie jego wygodne, powietrze zdrowe, pożywienie posilne, zapas bielizny znaczny; personal składa się z lekarza, trzech siósr miłosierdzia i felczera; łóżek 40; chorych do końca przeszłego roku liczono 100. Od 1 stycznia p. Korsakowa na utrzymanie szpitala z własnéj łoży kieszeni; wynosi ono 1000 rubli miesięcznie... Czołem przed niewiastą, która takie święte i wzniosłe posłannictwo przyjęła na siebie.

O 35 wiorst od Krzyżopola (stacyja kolei żelaznéj) p. Feliks Sobański urządził przytułek leczniczy w Obodówce dla 12 chorych wojowników; lekarzem jest tu Dr. Kisiel, posiadający sławę zdolnego chirurga.

Przy Żmierzynieckiéj stacyi kosztem p. Meka, właściciela Brahiłowa, a staraniem hrabiny Hajdenowéj powstał szpital czasowy o 40 łóżkach umieszczony w drewnianym budynku; skromnie tu ale wygodnie i nad wszelki wyraz schludnie. Sanitarne pociągi przelatujące codziennie przez Żmierzynkę zostawiają tu tylko takich chorych, którzy z racyi cierpienia dalszéj podróży nie są w stanie odbywać... Więc jest to jakby placówka stracona... a jednak z niéj jeszcze nie wszyscy na mogiłki wędrują.

Bałcki powiatowy komitet czerwonego krzyża najbardziéj jest czynnym... jakże żałuję, że nie znam nazwisk osób stojących na ich czele, by je w tym skromnym zarejestrować spisie. Bo zważcie sami: *a)* najprzód krząta się on około założenia szpitala na 20 łóżek, co już podobno w téj chwili doprowadził do skutku; *b)* powtóre w małym baraku, przy stacyi kolei wzniesionym, (a ta oddaloną jest o wiorst sześć od właściwego miasta), lokuje chorych, przeznaczonych do miejscowego lazaretu wojskowego, poi ich herbatą ciepłą, winem, wódką, a ci których noc zaskoczy otrzymują bulion, kleik, kaszkę; dozorcą tego szpitalika jest felczer, a dozorczynią jego żona, pełniąca razem obowiązek siostry miłosierdzia i kucharki; *c)* to jeszcze nie koniec; co dnia bowiem wysyła do wyżéj wzmiankowanego lazaretu pewną ilość herbaty, cukru i rosołu z kury; *d)* Wreszcie ofiaruje przejeżdżającym w sanitarnych pociągach też same przysmaki; w ciągu cztérech niespełna miesięcy (od 25 sierpnia do 20 grudnia) rozdał w taki sposób 20,000 porcyj, na co zużytkował 1000 r. — Na powiat wprawdzie obszerny, ale słabo zaludniony, to dosyć — nie prawdaż?

Jeszcze zaznaczyć należy, żeśmy ubiegłego lata mieli wędrowny szpital w Rachnach lasowych, także przy kolei, urządzony funduszem towarzystwa czerwonego krzyża gubernii Nowogrodzkiéj; tulił się on w namiotach z wielkim urządzonych przepychem. Prostaczkowie nasi podziwiali zbytek tu panujący, liczną obsługę, bieliznę cienką, odzież wcale nie lazaretową, wyszukane potrawy i napoje.

Zdawało się, że to raczéj karawana bogatych panów, odbywających podróż przyjemną, a chorzy i ranni to przypadkowi goście, którym słowiańska serdeczna szczodrobliwość ofiarowała przytułek. Pierwsze zimna zmusiły ów tabor do opuszczenia stanowiska, zwinął namioty i furnął złotoskrzydły do Odessy. Ani liczby tu pielęgnowanych wojowników, ani budżetu wydatków nie znamy.

Turków jeszcze nie mamy, chociaż już dwie placówki dla wziętych do niewoli osmanlisów wytknięte, mianowicie w Sawraniu (powiat bałcki) i Ładyżynie (pow. hajsyński); do każdéj z nich wyznaczono lekarza; ci już podążyli na stanowiska.

Sumując liczbę miejsc w szpitalach podolskich, tak wzniesionych z rozporządzenia ministeryjum wojny, jako też pobudowanych kosztem towarzystwa czerwonego krzyża i osób prywatnych, naliczymy ich 2382 — cyfra niewielka, a jednak na utrzymanie jéj idzie miesięcznie około 30 tysięcy rubli (200,000 złp.).

Ale dość — na tém urywam i tak przydługą gawędę... Podałem same fakty, zdaje się jednak, że te są wymowniejsze nad wszelkie stylistyczne ozdoby.

Styczeń 1878. *Dr. Antoni Józef Rolle.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 7 lutego. Od kol. Laskowskiego, prof. anatomii w Genewie, otrzymaliśmy następujący list:

„Z niewymownym żalem dowiaduję się z ostatniego numeru Przegl. Lek. o nieodżałowanej stracie śp. Dietla, wielce zasłużonego męża na polu naukowém i politycznem naszego kraju. Strata ta nie tylko dotknęła Kraków, którego śp. Dietl był chlubą, ale kraj cały i wszystkich rodaków rozrzuconych na obczyźnie. To też mała garstka Polaków mieszkających w Genewie szczery i prawdziwy przyjmuje udział w Waszéj żałobie i roni cichą łzę na świéżo usypanéj mogiłe tego czcigodnego i uczonego obywatela, który usilną i nieustającą pracą całego żywota wielką przyczynił chlubę całemu krajowi. Cześć Jego pamięci!"

§. Przedwczoraj przedpołudniem zwiedził J. E. pan marszałek krajowy hr. Ludwik Wodzicki szpital św. Łazarza, gdzie

go oczekiwali J. E. pan tajny radca Kopff, jako przewodniczący w komitecie administracyjnym wraz z członkiem tegoż komitetu prof. Dr. Rosnerem, grono lekarzy ordynujących z dyrektorem szpitala na czele, kierujący budową nowego szpitala pan budowniczy Zaremba, jakoteż zarząd szpitala. Pan Marszałek oglądał nowe budynki, następnie kazał sobie przedstawić plany dotyczące tak adaptacyi starego budynku szpitalnego, jakotéż wykonać się mających budynków gospodarczych, przyczém miał sposobność przekonać się, jak sprawa umieszczenia chorych w nowych budynkach jest zawiłą, potrzebującą gruntownego rozpatrzenia się, aby choć w części naprawić można błędy, które popełniono przy rozpoczęciu budowania nowych pawilonów nie obliczywszy się ani z zasobami pieniężnemi, ani z miejscem, ani też w końcu z liczbą chorych mających być pomieszczonymi. Z pobieżnéj tylko dyskusyi, jaką wywołało jasne i gruntowne przedstawienie sprawy téj przez JP. Kopffa przekonano się, że doszczętnie można temu niedostatkowi zaradzić tylko przez przybudowanie jeszcze kilku pawilonów, do czego dobra nadarza się sposobność przy pojawiającéj się w ostatnich czasach dążności do pomieszczenia klinik w szpitalu. W ogólności zauważano, że JP. Marszałek bardzo gorliwie wywiadywał się o wszystkie szczegóły, co pozwala nam dobrze rokować szpitalowi naszemu.

* Komisyja sanitarna miejska na posiedzeniu swém z d. 4 bm. pod przewodnictwem radzcy m. Dra Warschauera odbytém zastanawiała się nad środkami zarządzić się mającemi przeciw szerzeniu się duru powrotnego *(febris recurrens)* w mieście naszém. Choroba ta pojawiła się u nas już przed kilką tygodniami a dotąd przeszło 150 przypadków leczono w szpitalu św. Łazarza, z których umarło 3 osoby. Wszyscy chorzy pochodzą z ogrzewalni, aresztów miejskich, kryminału i noclegów zbiorowych. Ponieważ dotąd epidemija jest jeszcza ograniczoną, bo z wyjątkiem szpitala i kliniki lekarskiéj, w któréj kilka było przypadków, nie ma jéj dotąd na mieście, ani w garnizonie — środki zapobiegawcze są tém ważniejszemi. Po wyczerpującym poglądzie na tę chorobę podanym przez prof. Korczyńskiego i ożywionéj dyskusyi, w któréj wszyscy prawie członkowie wzięli udział, komisyja poczyniła następujące wnioski: wzywa się magistrat, aby 1) zapobiegł przepełnianiu w aresztach miejskich, 2) aby zarządził wypróżnianie ogrzewalni publicznych na kilka godzin codziennie, przez który to czas czyszczenie takowych należy uskuteczniać 3) aby zawezwał policyję do ścisłéj kontroli szynków i noclegów zbiorowych oraz dozorowania włóczęgów; 4) aby ponownie polecił właścicielom domów przestrzeganie jak największéj czystości po domach, 5) aby zarządził wydawanie biednym zupy rumfordzkiéj, 6) aby zawiadomił prezydyjum sądu o potrzebie przestrzegania w więzieniu tutejszém odpowiednich środków ostrożności, 7) aby czuwał nad dalszym biegiem i szerzeniem się duru powrotnego, a materyjał zabrany udzielił Drowi Rybczyńskiemu, który ma sobie polecone opracowanie historyi i przebiegu epidemii, wreszcie 8) aby na każdém posiedzeniu komisyi zawiadamiał takową, czy i o ile wnioski prwyższe przeprowadzone zostały.

Na wniosek prof. Stopczańskiego uchwalono nadto wyznaczenie komisyi do ułożenia projektu względem założenia stałych ogrzewalni w mieście. Do komisyi téj wchodzą pp. Janikowski, Rybczyński, Stopczański i Warschauer.

Następnie uchwalono na wniosek prof. Korczyńskiego ogłoszenie drukiem sprawozdania z dotychczasowych czynności komisyi sanitarnéj. W tym celu wyznaczono komisyję redakcyjną, w skład któréj wchodzą pp. Buszek, Korczyński i Lutostański.

Wreszcie na wniosek prof. Blumenstoka uchwalono prosić prezydenta miasta, aby na mocy statutu zaprosił na członków komisyi sanitarnéj z głosem stanowczym pp. Dra Kazimierza Grabowskiego, docenta U. J., oraz prymaryjuszów szpitalnych, Drów Alfreda Obalińskiego i Stanisława Pareńskiego, celem powiększenia sił komisyi.

* Wczoraj odbył się w Krakowie bal kostiumowy medyków, którego dochód czysty przeznaczony jest, jak słyszeliśmy, w połowie na bibliotekę uczniów medycyny, a w połowie dla zakładu głuchoniemych we Lwowie. Bal powiódł się bardzo dobrze.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 4 (od 20—26 stycznia włącznie) umarło w Krakowie osób 35; 22 mężczyzn i 13 kobiet; 27 osób w obwodach i 18 w szpitalach. Roczna śmiertelność na 1000 osób stałéj ludności wynosiła 32,5; we Lwowie 32,1; w Warszawie 32,3; w Wiedniu 29,2; w Budapeszcie 40,7; w Genewie 31,9; w Brukselli 26,0; w Paryżu 27,5; w Londynie 27,2; w Kopenhadze 22,5; w Chrystyjanii 19,15; w Petersburgu 52,9; w Odessie 35,4; w Berlinie 21,8; w Królewcu 29,2; w Gdańsku 20,2; w Wrocławiu 18,7; w Poznaniu 21,9; w Monachijum 36,1; w Augsburgu 46,5; w Dreźnie 24,8; w Lipsku 21,8. W tym czasie umarło z chorób zakaźnych w Krakowie 7 osób, mianowicie z ospy 3 osoby nieszczepione, z odry 1, z dławca 1, z duru powrotnego 1, z ropnicy 1; zaś z chorób płucnych zmarło osób 13; nagminnie panuje od sześciu tygodni dur powrotny. Dotąd było leczonych na tę chorobę w tutejszych szpitalach przeszło 150 osób, umarły 2 osoby. W leczeniu pozostaje przeszło 100 osób należących do klasy najuboższéj. Wywiązał się w aresztach miejskich i w ogrzewalni.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie ogłasza następującą odezwę: „W końcu roku zeszłego społeczeństwo polskie poniosło dotkliwą stratę przez śmierć profesora kliniki chirurgicznéj cesarskiego warszawskiego uniwersytetu, doktora Polikarpa Girsztowta, ugodzonego zbrodniczą ręką. Towarzystwo lekarskie warszawskie, którego profesor Girsztowt był czynnym członkiem, oceniając położone przez zmarłego znakomite zasługi tak na polu ojczystego piśmiennictwa, pedagogii, jak i praktyki lekarskiéj — postanowiło uczcić i utrwalić pamięć zmarłego przez utworzenie przy warszawskim uniwersytecie stypendyjum imienia Polikarpa Girsztowta. W tym celu warszawskie Towarzystwo lekarskie, udało się z prożbą do JW. warszawskiego Jenerał-Gubernatora hr. Kotzebuego, który pod dniem 16go (28go) stycznia 1878 r., za Nr. 518 upoważnić raczył warszawskie Towarzystwo lekarskie i gubernialne urzędy lekarskie do zbierania potrzebnych funduszów na utworzenie odpowiedniego kapitału, z którego procentów powstałoby zamierzone stypendyjum, corocznie jednemu ze słuchaczow medycyny dawać się mające. Towarzystwo lekarskie ma niepłonną nadzieję, że wezwanie niniejsze, zmierzające do oddania hołdu i czci zawcześnie i tak niespodziewanie wyrwanemu z pośród nas krzewicielowi oświaty, znajdzie życzliwe, prędkie i skuteczne poparcie nie tylko między lekarzami, ale i między ukształconą publicznością kraju, który w ciągu prawie 20tu lat miał sposobność śp. Girsztowta poznać jako dzielnego mówcę, niepospolitego pisarza i doświadczonego a biegłego operatora chirurga. Towarzystwo lekarskie ma przekonanie, że ci, którym sława i pamięć znakomitych mężów nie jest obojętną, nie dadzą się wyprzedzić w uwiciu laurowego wieńca, który na skronie męczennika oświaty włożyć nam nakazuje uczucie sprawiedliwości. Tak więc z chwilą ogłoszenia niniejszéj odezwy, o któréj powtórzenie we wszystkich czasopismach Towarzystwo najuprzejmiéj uprasza szanownych panów redaktorów — dobrowolne ofiary przyjmują się: w Warszawie w biórze Towarzystwa lekarskiego przy ulicy Niecałéj Nr. 7, codziennie w godzinach od 4—6 popołudniu, na ręce sekretarza kancelaryi Towarzystwa p. Jankowskiego, za kwitami sznurowemi; na prowincyi zaś w biurach pp. inspektorów lekarskich właściwych gubernij. W miarę nadsyłania ofiar, Towarzystwo od czasu do czasu liczbę wpływów i listę ofiarodawców ogłaszać będzie w pismach publicznych. — Prezes Towarzystwa Dr. Hoyer. — Sekretarz stały Dr. Szokalski.“

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Feliks Skórkowski zamianowany został asystentem przy katedrze fizyjologii w Krakowie.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 13 b. m. o godz. 5 popol. posiedzenie, na którém: 1) Prof. Dr. Wierzbicki poda instrukcyję dla stacyj meteorologicznych niezupełnych. 2) P. inżynier Łatkiewicz mówić będzie o powiększeniu wydajności zdrojów.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. J. W. w R. Polecamy koledze 1) do egzaminu rządowego: Pappenheima: Sanitätspolizei, Obentrauta: Sanitätsgesetze, Hofmanna: Gerichtl. Medicin, Krafft-Ebinga: Gerichtl. Psychopathologie, Otto: Anleitung z. Ausmittelung d. Gifte, Schroffa: Farmakognozyję, Rölla: weterynaryję. 2) Taczanowskiego: Rys prakt. otyjatryi, Warszawa (cena 2 rubl. 30 kop.), i Baumego: Lehrbuch d. Zahnheilkunde Leipzig 1877 (20 marek).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

OGŁOSZENIE.

Z powodu nieprzewidzianego powiększenia kosztów druku wydawanego przezemnie :

Przewodnika do klimatycznego leczenia

widzę się zmuszonym zawiadomić Szan. Kolegów, że tylko Ci dzieło to za cenę 4 zlr. (cztery) otzymają, którzy przedpłatę do **Redakcyi Przeglądu Lekarskiego** najdaléj po dzień 15 Lutego nadeślą. Po tym terminie dzieło to nabyć będzie można tylko po cenie 5 złr. (pięć).

Dr. Dobieszewski.

W Administracyi Przeglądu Lekarskiego jakoteż w księgarni Wgo Krzyżanowskiego

nabyć można **portrety litografowane** w dużym formacie na pięknym papierze in folio

prof. Dra **MAJERA**

Prezesa Akad. Umiej. po cenie 2 złr. 50 c. w. a. z przesyłką pocztową 2 zlr. 80 c.
Dla Prenumeratorów Przegl. Lek. i Człon. Koresp. Tow. lek. krak. wynosi cena z przesyłką 2 złr 30 c.

ś. p. Prof. Dra **SKOBLA**

po cenie 2 złr. w. a. z przesyłką pocz. 2 złr. 30 ct.
Dla Prenumeratorów Przegl. Lek. i Człon. Koresp. Tow. lek. krak. wynosi cena z przesyłką 2 złr.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelca.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 16 Lutego 1878. № 7. Rok XVII.

JÓZEF DIETL.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6.)

Pamiętne to dzieło Dietla zawarte jest w tomie 30tym rocznika towarz. nauk. krak. z r. 1862, wyszło także w osobném odbiciu pod napisem: Sprawozdanie komisyi w towarz. nauk. krak. zawiązanéj w celu zbadania choroby kołtunem zwanéj. Kraków 1862. Ślady swéj reformatorskiéj czynności na polu wychowania publicznego zostawił D. w dwóch płodach ogłoszonych pod następującemi tytułami: Obecne wewnętrzne urządzenie Uniwersytetu krak. Kraków 1862; O reformie szkół krajowych. Zesz. I i II. Kraków 1865. 1866. Ostatnie tak pod względem osnowy i dążności jak wykładu i języka uchodzi za wzór niezrównany, który nawiązując na pracach wiekopomnych reformy kołłątajowskiéj i późniejszéj komisyi edukacyjnéj (co już sam tytuł przypomina) dogadza wymaganiom postępu niezrywając rozwojowego i przyrodzonego związku z rodzimą przeszłością.

Dochodzimy do ostatniego okresu, jaśniejącego także wielkiemi zasługami, ale w którym nareszcie podeszły wiek i stérane na publicznych usługach zdrowie domagają się spoczynku, krótszego na ziemi, a wiecznego w grobie.

Poczyna się on od r. 1866, od epoki pamiętnéj dla miasta wprowadzeniem gminnego samorządu. Obywatele nie mogli świetniéj uwydatnić téj ważnéj dla miasta chwili, jak wybierając Dietla pierwszym autonomicznym prezydentem, jużto dla okazania mu czci i ufności, jużto dla jego udowodnionych znakomitych zdolności i przymiotów, jużto nareszcie aby stawiając na czele szanowaną w całym kraju powagę, podnieść urok starożytnego grodu. Nie zawiedli się też w swych oczekiwaniach, ich wybraniec umiał odrazu świeżym blaskiem opromienić wiekowemi klęskami przygnębioną podwawelską siedzibę. Objęcie zwierzchnictwa było obchodem uroczystym, na którym wspaniała postać głowy miasta równie wielkie wywarła wrażenie, jak niegdyś w auli uniwersyteckiéj, gdy ją zdobiła purpura rektorska.

Wtedy to ująwszy dzielną prawicą srebrne berełko, znamię swego nowego dostojeństwa, w kilku wymownych a śmiałych zarysach tak rozległe i piękne cele zakreślił miejskiemu samorządowi, iż nietylko obejmowały zadania najbliższe, ale i na długie lata wskazywały drogę następcom.

Niebawem spostrzeżono w tym grodzie wpływ zbawienny niepospolitéj głowy i silnéj dłoni. Wznosić się zaczęły nie tylko nowe gmachy, ale całe ulice i dzielnice na przedmieściach, zajmowano się troskliwie szkołami równie dawnemi jak nowemi. Poczęto odbudowę starożytnych Sukiennic, poruszono najważniejsze potrzeby i warunki higijeniczne zabierając się do ich zaspokojenia, zarządzono mianowicie rozbiór wód studziennych, gruntowne przedsiębrano poszukiwania i wypracowano projekty w sprawie miejskich wodociągów, wzięto się do wystawienia nowéj rzeźni miejskiéj według wymagań udoskonalonéj techniki higijenicznéj, nie zaniedbano także starania około urządzenia koryta staréj Wisły, stawiania tanich i zdrowych mieszkań dla ludności mniéj zamożnéj i biednéj; przy pomocy prywatnéj ofiarności otworzono przytułek dla starców i kalék, wyborna straż pożarna w związku ze służbą pilnującą czystości publicznéj czyniła zadość jednemu z głównych warunków bezpieczeństwa i porządku. Oto główniejsze tylko zadania, po części już dokonane, po części rozpoczęte lub przygotowane, które świadczą o dobroczynnych skutkach włodarstwa Dietlowego. Że nie tylko wewnętrzne gospodarstwo Krakowa dźwignął i podniósł, ale swojém imieniem dodawał znaczenia i powagi na zewnątrz także w obec najwyższych władz téj dawnéj stolicy, dowodzi powołanie go przez Monarchę do Izby Panów, odznaczenie, jakiém w ca-

łéj monarchii nawet zwierzchnicy daleko większych miast pochlubić się nie mogą. Na témże stanowisku Najj. Pan ozdobił go prócz tego orderem korony żelaznéj; order zaś Franciszka Józefa otrzymał był poprzednio jako profesor kliniki lekarskiej. Gościnne przyjęcie nuncyjusza Falcinellego zjednało mu papiezką odznakę orderową św. Grzegorza, a przeobrażenie towarzystwa naukowego na Akademiję umiejętności wprowadziło go przy najpierwszym wyborze nie tylko w poczet członków czynnych, ale postawiło na czele wydziału nauk matem.-przyrodniczych jako dyrektora, a obok prezesa jako jego zastępcę. W imieniu miasta w r. 1869 ugościł jako gospodarz pierwszy Zjazd lekarzów i przyrodników, którego był jednym z wybranych prezesów. Że wszystkie Towarzystwa czyto naukowe, czy lekarskie, czy gospodarskie w kraju poczytywały sobie za chlubę liczyć go do swoich członków jużto czynnych, jużto honorowych łatwo odgadnąć, ale i zagraniczne, a nawet tak odległe jak Towarz. lek. w Chrystyjanii zaszczyciło go tym dowodem uznania.

Nieskończyło się jeszcze 6-lecie urzędowania pierwszego prezydenta miasta, kiedy tenże poczynając niedomagać fizyczne napotkał przeszkody w sprężystém nadal kierowaniu i doglądaniu spraw miejskich. Dokuczliwe a uporczywe cierpienie gośćcowe upośledzając ruchy więziło go po całych tygodniach w domu i zaczęło na dobre pochylać i zginać tę postawę prostą a wyniosłą. Był też gotów po upływie urzędowania usunąć się i nie przyjmować go na nowo tj. na drugie 6-lecie, lecz uproszony przez przyjaciół wymagających téj ofiary dla dobra ogólnego nie uchylił się, zastrzegając sobie atoli z góry wolność złożenia urzędu w każdéj chwili, gdy się przekona, że go pełnić nie zdoła z tą ścisłością, do jakiéj czuje się obowiązanym. Jakoż gdy z każdym dniem mnożyły się trudności i fizyczne i moralne, gdy spostrzegł, że żywioły niesforne podnoszą śmieléj głowę w miarę słabnącéj jego dłoni, gdy czuł jak cugle wolniej i z rąk mu się wymykają, postanowił niezłomnie cofnąć się z życia publicznego; nie uczynił tego jednak pierwéj, dopóki jako wódz wytrawny i w boju osiwiały nie oddał miastu ostatniéj wielkiéj usługi zwalczając dzielnie, mimo własne cierpienie, groźnego miastu wroga tj. cholerę w r. 1873, z którą był również pomyślnie walczył wstępując na krzesło prezydenta w r. 1866. Mimo ponownych nalegań nie dał się nakłonić do pozostania na czele władzy miejskiéj, która w oznakę wysokiéj czci uchwaliła ozdobić salę obrad na wieczną pamiątkę zasług jego obrazem wykonać się mającym na koszt miasta pędzlem Andrzeja Grabowskiego.

Pierwéj jeszcze jednę z najpiękniejszych a nowych ulic jego nazwiskiem oznaczono, podobnie Krynica i Szczawnica upamiętniły swoję dla niego wdzięczność, tamta Dietlówką, ta zaś wystawieniem mu posągu.

Od 1874 r. schronił się Dietl do swego zacisza domowego, rzadko się pokazując, cierpienie jego albowiem uczyniło go bardzo tkliwym na lada zmianę i ruch powietrza. Zaczęły go coraz częściéj trapić dolegliwości oddechowe skutkiem rozedmy płuc i nieżytu oskrzelowego, a po kilkokrotnych nasileniach i zwolnieniach ostatni napad duszności położył koniec pełnemu chwały żywotowi dnia 18 stycznia 1878 r. o godz. 3 rano.

Na tę smutną wieść Kraków przywdział żałobę, publicznym kosztem odbył się pogrzeb wspaniały, któremu wtórowały żałosne jęki dzwonu Zygmuntowego. Karawan zdobiło 19 wieńców od różnych Towarzystw miejscowych i zamiejscowych, od wielbicieli i wielbicielek, dwudziesty zaś cierniowy ofiarowali za życia jeszcze znakomitemu mężowi i obywatelowi jego maluczcy zazdrośnicy, którzy nie mogąc ani dosięgnąć ani wybaczyć jego górującéj po nad innych wyższości, kreciemi łapkami podkopywali, choć daremnie, jego powagę.

Wskazawszy wielostronną a płodną działalność publiczną chwyćmy jeszcze kilka znamionujących rysów osobistych. Potęga ta umysłowa tak w nauce jak w każdym innym zakresie rozległych swych zadań zwracała się zawsze do celów praktycznych, namacalnych, mających rzeczywistość zmysłową i materyjalną; jego nawet duchowe objawy ten miały kierunek; cokolwiek pomyślał przybrać musiało kształt cielesny, ideałów platonicznych, uniesień i zachwytów nadziemskich ani szukał, ani nie objawiał. Pomimo to nie był wolny od pewnych dość wyraźnych dogmatycznych skłonności, do których przylgnął wbrew woli i wiedzy skutkiem nawyknień młodości, do nich należy w nauce lek. np. rozszerzenie pojęcia zimnicy, jéj usadowienie wyłączne w śledzionie, wiara w znamionującą wartość grudek durowych na ścianie brzusznéj, zapatrywania humoralne zaczerpnięte z nauki Rokitańskiego i t. p.

Bystry jego rozum spostrzegł od razu praktyczną stronę społecznych właściwości tak w ich zastósowaniu do publicznego wychowania, jak do potrzeb państwa rakuskiego, nie więc idealne lub uczuciowe do nich przywiązanie, lecz przekonanie o ich donioslym skutku tym łatwiéj czyniło go obrońcą autonomii krajowéj, iż zarazem jednało mu popularność, któréj wartość praktyczną w pewnych granicach jako środka do celu ocenić także umiał.

Z tą przewagą materyjalistyczną łączyły się rozległe poglądy, zdolne objąć szerokie pola bliskich i odległych stosunków i ich wzajemne od siebie zależności. Nie krępował ich wzrok krótki a ciasny, ani względy drobiazgowe a tym mniéj nałogowe uprzedzenia lub przesądy. Z téj obszernéj pojemności umysłowéj połączonéj z rozwiniętym silnie zmysłem praktycznym wynikała owa śmiała rzutność planów obok jasnego ich określenia, owa pewność i stanowczość sądu, mowy i czynu, daleka od chwiejnego wahania się, od wybiegliwych, dwuznacznych i dyplomatycznych zwrotów. Roztropność mogła mu nieraz wskazywać, aby nie wynurzał wszystkich i całych swych przekonań, ale co wyrażał, wypowiadał jasno i dobitnie tak, aby żadnéj nie było wątpliwości o tém, jak ma być rozumiany.

Ta sama dosadność odbijała się także w jego pismach, które prócz tego odznaczały się żywością, stylem gładkim, zwięzłym, wytwornym a nieraz i ozdobnym. Władał biegle wielu językami: oprócz polskiego i niemieckiego także francuskim i włoskim.

Przymioty te wywierały wrażenie zniewalające, na katedrze zwłaszcza i przy łożu chorego w klinice wykład jego uczył i przyciągał; ale nauka głoszona z taką pewnością jak nieomylne wyrocznie, bez przytaczania obcych powag, bez zwrócenia uwagi na względną wartość nabytków doświadczenia, jakkolwiek oparta na badaniu fizycznêm i zgoła zmysłowo rozumowém, przybiera prędko pozór jakiegoś narzuconego z góry dogmatyzmu, ponętnego wprawdzie, nawet olśniewającego, ale wyradzającego ślepą wiarę w mistrza, zacierającą konieczne warunki krytycznego doświadczenia. Uczniowie Dietla uwielbiali go i *„jurabant in verba Magistri“*. Stąd poszło owo wzmiankowane już wyżej nieporozumienie

o mniemanéj „nowéj szkole Dietla“. Miał on wprawdzie swoje osobnicze poglądy, jak je miewa każdy prawie profesor kliniczny, ale nie stworzyły one systemu ani odrębnéj szkoły. Dzieje lekarskie znają zasługi Dietla, ale nieznają szkoły jego imienia, jak niema szkoły Oppolzera, Frerichsa lub Traubego. Że ten odcień jednostronnego dogmatyzmu nieprzeszkadzał wykształceniu zdolnych lekarzów praktycznych, tym łatwiéj jest pojąć, ile że profesor całą duszą przelewał na swoich wychowanców skarby swéj wiedzy i swego bogatego doświadczenia razem z tą ufnością i stanowczością, która więcéj ma powodzenia w wykonawstwie niż w teoryi.

Z przewagi rozumowéj i jéj poczucia wypływała też u Dietla niejaka skłonność do samowoli, lecz zrównoważona ogładą i delikatną uprzejmością światowca, co wiele widział i o wszystkie stany i warstwy społeczne się ocierał.

Jako lekarz praktyczny miał nasz mistrz rozgłos wielki, rady jego poszukiwano z bliska i z daleka, odbywano pielgrzymki do niego jak Muzułmanie do Mekki; wzywano go też w dalekie strony, między innemi do ks. Paszkiewicza, gdy był na łożu śmiertelném.

Że uczniów swoich był bożyszczem, już z powyższego się okazało, nawzajem też był on dla nich ojcowskim doradzcą i opiekunem. Powodował się nieraz wyjątkową życzliwością, a wtedy ulubieńca popierał równie śmiało i stanowczo, jak wszystko co zwykł podejmować. Nie poprzestawał na gołém zalecaniu, na półśrodkach, lecz nieustawał w usiłowaniach aż dopóki skutku nie osiągnął. Wielu też jedynie dzielnemu jego orędownictwu zawdzięcza dzisiaj świetne stanowiska. Takim był również względem podwładnych, dla których okazywał się wyrozumiałym i nieraz nawet hojnym Lubił być mecenasem swoich zwolenników, a dobrodziejem tych, których polubił. Godności stanu i osoby swojéj troskliwie przestrzegał tak od góry, jak od dołu, ani się możnym nie łasił, ani niższymi nie poniewierał, grzeczność uważał za obowiązek każdego człowieka wykształconego, a szorstkość za oznakę nieokrzesania. Jako prezydent usiłował zbliżyć do siebie różne warstwy społeczne dla usunięcia wzajemnych uprzedzeń i przeszkód towarzyskich. Był dobroczyńcą ubogich, wielką część pensyi prezydenta obracał na fundacyje i zapomogi. W ogóle cały charakter miał coś wspaniałego, wyższego nad poziom małoduszny.

Fizyczne jego rysy przekazał potomności mistrzowski pędzel Jana Matejki, obraz ten zdobi salę wykładową kliniki lekarskiéj. Głowa Dietla odznaczała się niepospolitą wielkością, czoło miał szczególnie piękne, szerokie a wysokie jakoby obszerna siedziba niepospolitego rozumu, brwi gęste niekiedy marsowo ściągnięte i najeżone ocieniały oczy ze spojrzeniem bystrém, przenikliwém niemal ognistém, nos foremny, usta wąskie nieco ściśnione, z igrającym około nich uśmiechem, z po za którego nieco sceptycznéj przebijało ironii. Postawa była prosta i wyniosła. Potomstwa niezostawił.

Otóż przesunął się przed naszemi oczami raz jeszcze obraz niepospolitego męża, który w sobie połączył przymioty znakomitego lekarza, mistrza, pisarza, reformatora, administratora i obywatela, męża do którego w całéj pełni stosuje się godło umieszczone na czele niniejszego o nim wspomnienia, gdyż obstał on, bo działał za wielu innych, zapisał on swoje imię głoskami niezatartemi w dziejach nauki, narodu i miasta naszego; z dzieł swoich wystawił sobie pomnik niespożyty. Pamięci jego niewygasłéj niechaj będzie cześć i sława!

Oettinger.

I. Przyczynek do rozcięcia tchawicy.

Skréślił Dr. **Józef Pauly** w Poznaniu.

1. Wziewanie przez rurkę po rozcięciu tchawicy w przypadkach dławca i błonicy.

Wysoka cyfra śmiertelności przy rozcięciu tchawicy w przypadkach błonicy, która nawet po mistrzowskiém wykonaniu rękoczynu nie wynosiła mniéj niż $33\frac{1}{3}$ %, niepewne rokowanie, które nawet Billrotha (*Chir. Klinik.* Zürich 1860—67. pag. 201.) i Volkmanna (*Beiträge zur Chirurgie.* pag. 303.) potrafiło zniechęcić do tego zbawczego rękoczynu, zawisły głównie od zmian chorobowych w narządach po za obrębem rany zostających. Już Müller (*Langenbecks Archiv* T. XII. pag. 432.) utrzymuje, iż rokowanie po dokonaniu rękoczynu zawisło od tego, czy przy rozcięciu tchawicy napotka się tylko śluz lepki, lub też błony wypocinowe; w razie ostatnim wynik prawie zawsze jest śmiertelnym. Müller również zalecał wziewania przez rurkę krtaniową z rozpylonéj i ogrzanéj wody wapiennéj, nie tyle celem uleczenia zapalenia dławcowego oskrzeli, ile celem powstrzymania wytwarzających się strupów w rurce krtaniowéj i przypisuje działaniu wykrztuszającemu pary wody wapiennéj uratowanie kilku operowanych od grożącéj im niechybnie śmierci. W r. 1869 zalecał Adolf Weber z Darmstadtu (*Centralblatt* 1869. Nr. 22.) wziewania z kwasu mlékowego przeciw dławcowi, zwłaszcza tuż po dokonaniu rozcięcia tchawicy już to, aby działać na błony sięgające aż do oskrzeli, jużto aby uniknąć czyszczenia rurki krtaniowéj. Póżniéj używał takich wziewań w przypadkach przysyłanych mu do wykonania rękoczynu powyższego nie spiesząc się wcale z jego wykonaniem, a wyniki leczenia były nadzwyczaj pomyślne. Szkoda atoli, że spostrzeżenia te są luźne i że one się odnoszą zapewnie do epidemii odosobnionéj.

Hueter w klasycznêm swém dziele (Pitha-Billroth: *Tracheotomie und Laryngotomie*) zaleca przedewszystkiém w leczeniu następowém wsysania za pomocą cewnika elastycznego. Dopiéro zstąpienie błonicy do najdrobniejszych oskrzeli niweczy wynik dokonanego rękoczynu. Ale nie we wszystkich przypadkach należy rozpaczać, czasem udaje się za pomocą aspiracyi wydobyć na wierzch dławcowe odlewy oskrzeli całego płuca z najdelikatniejszemi rozgałęzieniami, a tym sposobem przywraca się swobodne oddychanie. Często trzeba wsysać co 2 godziny lub co najmniéj kilka razy dziennie, nie z téj przyczyny, jakoby błony na tych samych miejscach tak szybko się mogły napowrót wytworzyć, lecz aby inne części płuc zatorowane przez nadrastające błony uwolnić od téj zawady i ułatwić do nich przystęp powietrza.

Wsysanie wcale nie jest dla lekarza zadaniem bardzo bezpieczném, gdyż niedawno temu dwóch lekarzy paryskich tym sposobem się zaraziło i padło ofiarą swego zawodu (Dr. Cintrat i Dr. Carrière, Przegl. Lek. 1877.)

Co do mnie, to aspiracyję wykonywam zaraz po rozcięciu tchawicy idąc za przykładem Huetera, który operatora z żołnierzem na polu bitwy stawia na równi, gdyż zdaje mi się, że ona w istocie w owéj chwili jest sposobem najlepszym do usunięcia błon, wydzieliny nagromadzonéj przed miejscem zwężoném krtani i krwi, która przypadkiem tam się dostała. Lecz z trudnością tylko możnaby wziąść na siebie odpowiedzialność, gdyby się zalecilo wykonywanie powyższego postępowania osobom otaczającym chorego przy leczeniu następowém. Zbyt częste odwiedzanie chorego jest po największéj części dla lekarza praktycznego niepodobném, nadto wsysanie może okazać się tylko w pewnéj chwili koniecznêm. Musiałem przeto zawsze wracać się do użycia chorągiewki pióra gęsiego. Wsysania nadto nie mógłbym w praktyce prywatnéj bardzo polecać. Dzieci poniżéj lat 3 nie są wcale po wykonaniu rękoczynu tak spokojne i posłuszne, jak osoby starsze, szczególniéj dokucza im brak mowy, okazują się niecierpliwemi i machają rączkami, chociaż wejrzenie ich jest wcale zadowalającem i pozwala dobrze rokować. Jeżeli nadto wyobrazimy sobie przestrach przy napadzie duszenia się i zalecimy wówczas wsysanie, to nie przyczynimy się wcale do rozpowszechnienia rozcięcia krtani, które zawsze pozostanie dla matek znakiem złowrogim, chociażby nawet wyniki po dokonaniu tego rękoczynu okazały się w przyszłości daleko lepszemi. Dlatego czytając przekonywające sprawozdania Boeckera, zajmującego się głównie chorobami krtani, widziałem już z góry ogromny postęp, jaki się osięgnie przez wprowadzenie do praktyki lekarskiéj wziewań racyjonalnie i konsekwentnie przeprowadzonych, tém bardziéj, że autor powyżéj wzmiankowany przytoczył, jaki nacisk na błogie skutki tego sposobu leczenia kładzie także Burow młodszy. Ciekawą jest wreszcie rzeczą, dlaczego już dawniéj nie odważyliśmy się zalecić wziewań przez rurkę krtaniową, skoro w szczególnych przypadkach próbowano nawet tego sposobu celem przeprowadzenia doświadczeń pod względem wessania leków przez błonę śluzową oskrzeli. Ale nawet Hueter wprowadzał parę wodną tylko przez delikatną rurkę szklanną do zewnętrznego otworu rurki krtaniowéj. Bez wątpiania obawialiśmy się zalania tchawicy, trzeba téż wziewania robić w przestankach i usuwać przyrząd, skoro rozpocznie się wykrztuszanie. Teraz jednak po ogłoszeniu doświadczeń Kuestera w pięknem dziele: *„Fünf Jahre im Augustahospital 1877“*, niezawodnie wziewania przy leczeniu następowém po rozcięciu krtani na zawsze wejdą w użycie praktyczne. Wnioski jakie Kuester wyprowadza (pag. 88) na podstawie ogromnego materyjału, którego dostarczyło miasto Berlin, wyświetlają zupełnie rozliczne przeciwieństwa napotykane w wynikach operacyjnych podczas różnych epidemij. „Najczęstsze powikłanie stanowi dławiec oskrzelowy, który poznać można po wykrztuszeniu błon dzielących się widełkowato. Lecz rozmaite epidemije różnią się pod tym względem bardzo; w jednéj sprawa chorobowa ogranicza się głównie do połyku i co najwięcéj sprowadza duszność przez wywołanie obrzęku głośni; w drugiéj przesuwa się choroba na krtań a może i na górny odcinek tchawicy, lecz nie okazuje dążności do zajęcia części poniżéj położonych. Podczas trzeciéj epidemii pokrywa się w ciągu czasu bardzo krótkiego błona śluzowa całego rozgałęzienia oskrzeli błonami dławcowemi łatwo się oddzielającemi, które nawet po oderwaniu się lubią się na nowo wytwarzać i stają się wkrótce przyczyną zapalenia płuc zrazikowego; w czwartéj nakoniec pojawiają się zamiast błon dławcowych na błonie śluzowéj oskrzeli strupy błonicowe mocno przyczepione“.

Jasne to przedstawienie rzeczy stanowi podstawę przy rokowaniu co do rozcięcia krtani; niestety jednak przed wykonaniem rękoczynu możemy zaledwie domyślać się jednego z co dopiéro wymienionych 4 rodzajów powikłań. Ale w ten sposób wytłumaczyć sobie możemy tak smutne doświadczenia podczas niektórych epidemij, w czasie których wszyscy albo niemal wszyscy operowani umiérają. Trzeba w istocie najpierw kilkanaście razy rozciąć tchawicę, a więc operować w czasie różnych epidemij, zanim będzie można sobie wyrobić należyte zdanie. Jeżeli dzieła z talentem napisane i bardzo rozpowszechnione nie bardzo zachęcają do rękoczynu, to szkoda jest skutkiem tego nieobliczoną, albowiem przy znaczném rozszerzeniu się błonicy nie mogą kliniki objąć całego materyjału, a każdy lekarz z nowszéj szkoły musi ją umieć należycie wykonać. Taki niekorzystny sąd wydaje Oertel (poprzednio już Vogel: *Lehrbuch der Kinderkrankheiten)* opiérając swe poglądy terapeutyczne *(Ziemssen Lehrbuch* 1874. pag. 658.) na dwunastu przypadkach cięcia krtaniowego wykonanego przez Nussbauma i kładzie przedewszystkiém nacisk na nadzwyczajne niebezpieczeństwo, jakiém grozi następowe zakażenie rany, które właśnie przy rozcięciu tchawicy, jak doświadczenie kliniczne poucza, jest nieznaczném, bo skutkiem tego prawie nigdy operowani nie umiérają i rana taka goi się nawet po największéj części sama przez się. Jednakowoż dzieła nowsze nie powinny odbiérać odwagi praktykom, lecz przeciwnie ich pouczać, „że każde wzmagające się ścieśnienie krtani bez względu na to, z jakiéj przyczyny powstało, stanowi wskazanie do wykonania rozcięcia tchawicy, gdyż tylko w takim razie można uniknąć nieochybnéj śmierci“.

Co się tyczy skuteczności wziewań, to z powyżéj wspomnianych 4 rodzajów rozcięcia tchawicy szczególniéj w 3cim można się po lekowaniu powyższém według doświadczeń Kuestera nadzwyczaj pomyślnych wyników spodziewać.

Według Kuestera dwóch potrzeba do tego warunków: 1) wykonania rękoczynu ile możności zawczasu, aby zapobiedz nieco rozedmie i zapaleniu nieżytowemu płuc (chociaż nawet jeden przypadek z takiém powikłaniem zakończył się pomyślnie), a 2) odpowiedniego zastósowania wziewań do szczegółowego przypadku, zazwyczaj co 2 godziny, w niektórych przypadkach nawet ustawicznie. W razie ostatnim należy przyrząd tak ustawić, aby kociołek parowy dotykał się szyi dziecka, które spoczywa spokojnie w swém łóżeczku; autor wspomniany nawet w przypadkach rozpaczliwych widział z użycia tego ciepła wilgotnego rezultaty nadzwyczaj pomyślne.

Również i Boecker opisuje przypadki chorobowe, gdzie między 2 a 4ym dniem wychodziły błony dławcowe tak wielkie, iż zaledwie mogły się dostać przez rurkę krtaniową na zewnątrz, lecz przez 2 nocy musiały wziewania odbywać się bez przerwy; rana była dotknięta błonicą, wystąpiło porażenie podniebienia i mięśni zamykających krtań; rurkę krtaniową usunięto po 9 tygodniach.

Chociaż cztéry przypadki poniżéj opisane, a ostatnie w méj praktyce, które przy użyciu wziewań zakończyły się nader pomyślnie, nie należą do rzędu przypadków tak ciężkich, jak powyżéj wspomnione, to jednakowoż ośmielam się dokładniéj je opisać, ponieważ stanowią one dobrą ilustracyję do skutecznego i łatwiejszego leczenia następowego w praktyce prywatnéj, a nadto doświadczenie tego rodzaju zdoła może pobudzić nie jednego niedowierzającego kolegę do zjednania zwolenników dla cięcia tchawicy w obrębie swéj praktycznéj działalności.

Co się tyczy technicznéj strony wziewań, to sposób ich urządzania jest nader łatwo zrozumiałym; służą do tego małe przenośne przyrządy (Siegla) z ustalonemi rurkami szklannemi z wentylem i rękojeścią. Najlepszym środkiem do wziewań jest woda wapienna, która najlepiéj i najłatwiéj rozpuszcza błony wypocinowe.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Przyczynek do działania zimnego powietrza w żarnicach *(miliaria rubra).*

(Rzecz przedstawiona na walném zebraniu towarzystwa lekarzy Wielkopolskich d. 19 grudnia 1877).

przez **Dra Kaczorowskiego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 6.)

Przypadek żarnic u dorosłéj osoby, zazwyczaj silniéj aniżeli dzieci w téj chorobie niedomagającéj, z niesłychanie natężonym, aczkolwiek sztucznie podnieconym rozwojem wysypki, zakończa się, licząc od pojawienia osutki, całkowicie w trzech dniach.

Z chwilą obniżenia zewnętrznéj ciepłoty o kilkanaście najmniéj stopni zaczyna się odwrót wysypki, nieprawidłowo wcale (jak na żarnice) wybujałe pęcherzyki zapadają się już w parę godzin, nacieczenie skóry szybkim cofa się krokiem, i to gwałtowne spędzenie wysypki z skóry żadnéj nie zrządza szkody (zajęcia uszu zapewne w rachubę tu wciągać nie potrzeba) a narządy oddechowe, zazwyczaj w téj sprawie chorobowéj najbardziéj zagrożone, wcale nie tknięte zostały.

Ktoby zresztą nie chciał wierzyć, że zimne powietrze samo przez się na tak pomyślne zejście choroby wpłynęło (chory żadnemu innemu leczeniu nie podlegał), przynajmniéj nie zaprzeczy, że oziębienie żadnego przerzutu żarnic nie sprowadziło.

A jest to kwestyja, o którą głównie chodzi.

Jeżeli bowiem wbrew oczywistym wskazaniom do przeciwgorączkowego postępowania, jakiego wymagać winny ostre osutki, ogół lekarzy z taką obawą wystrzega się jeszcze zimna, powodu téj abstynencyi szukać należy w wyobrażeniu, że „materia peccans“ owych spraw chorobowych „eliminuje“ się w wysypce a więc każda przeszkoda w jéj rozwoju przerzucić może ów wątek chorobowy na wewnętrzne narządy ustroju, jedném słowem w nauce o „metastazach.“

Obawiają się, ażeby zaziębiona róża nie przerzuciła się na mózg, ospa na jamy surowicze, płonica na nérki, żarnice na płuca.

Tymczasem ostre osutki a przynajmniéj trzy ostatnie uważać należy za ogólne zaburzenia, częścią na błonach śluzowych górnych dróg oddechowych, częścią na skórze lokalizujące się, a owe niby przerzuty za powikłania, które mimo najstaranniejsze wypielęgnowanie wysypki w szczelnie zamkniętych pokojach, gorących betach zdradliwie na jaw się dobywają.

Jedyną prawdą w całéj owéj teoryi o przerzutach jest ta okoliczność, że od chwili wytworzenia się ważniejszego powikłania w wewnętrznych narządach, wysypka blednie albo zupełnie niknie, w żarnicach mianowicie z wystąpieniem zapalenia płuc. Jest to wcale naturalne następstwo powstałego krwi przypływu do ośrodka, skutkiem czego naczynia na obwodzie się zapadają.

Jeżeli umiejętność porzuciła naukę o przerzutach, ograniczając ich istnienie do pewnych chyba objawów ropnicy, tém uporczywiéj nauka owa utkwiła w pamięci matek, które kiedykolwiek straciły dziecko z powodu ostréj osutki, i tradycyją przechodzi z pokolenia na pokolenie we wszystkich warstwach publiczności.

Obawa zaziębienia krost, jak się powszechnie wyrażają, jest tak potężną, że się jéj ulękły nawet powagi jak Sydenham, który już o ospie powiedział, że chłodne postępowanie w téj chorobie uważa za daleko zbawienniejsze aniżeli ciepłe, ale w obec panujących przesądów nie śmie zapatrywania swojego w czyn przeprowadzić.

W żarnicach obawa zaziębienia podwaja się ze względu na to, że najważniejsze w téj chorobie niebezpieczeństwo leży w zapaleniu płuc, dla których zimne powietrze w ogólném rozumieniu rzeczy za największą uchodzi szkodliwość.

Zobaczmy jednak, czy istotnie zimne powietrze dla narządów oddechowych jest tak nieprzyjazném.

Nasamprzód wiadomą jest rzeczą, że człowiek w najskrajniejszych stopniach ciepłoty atmosferycznéj bez ważniejszych przeszkód oddychać może, że zatém płuca jego daleko doskonalszą obdarzone są własnością akommodacyjną względem ciepłoty, aniżeli skóra, którą względnemi przewodnikami cieplika osłaniać należy. Powietrze wdychane, zimne czy gorące, wyrównywa się z ciepłotą krwi już w tchawicy, czego dowiodły niedawno ogłoszone, na zwierzętach dokonane doświadczenia Heidenheina. Téż same doświadczenia wykazały nadto, że wprowadzanie gorącego albo zimnego powietrza, byle suchego, wprost do tchawicy, nigdy nie wywoływało chorobliwych następstw w płucach.

Zimne powietrze, jeżeli jest czyste, suche i nieporuszone, błogo nawet na płuca oddziaływać się zdaje, jak uczy przykład osób w nieopalonych pokojach sypiających, zazwyczaj długotrwałą krzepkością zdrowia cieszących się, albo zbawienny wpływ pobytu w górskich krainach dla suchotników (n. b. w pierwszym okresie się znajdujących.)

Przypadek kobiéty, weszłéj do szpitala S. M. z zgorzelą płuc, która dla nieznośnie cuchnącego oddechu w braku miejsca odosobnioną została w nieopalonéj łazience (zimową porą), gdzie będąc w stanie nie zostawiającym żadnéj nadziei wyzdrowienia, w krótkim czasie do siebie przychodzić zaczęła, skłonił mnie, że odtąd wszystkich chorych zgnilemi sprawami płuc dotkniętych umieszczam w zimnych przestworach, latem np. na długich dobrze wietrzonych korytarzach. O pomyślnym wpływie chłodnego powietrza w tych chorobach przekonać się można było na jednéj dziewczynce z długotrwałém zgniłém zapaleniem oskrzeli, któréj stan się regularnie pogarszał, ile razy mieniąc ją zdrowszą, z korytarza gdzie sama bez towarzystwa leżała, przeniesiono ją na wspólną salę. W ostatnim czasie próbowałem kilkakrotnie także chorych z ostrém zapaleniem płuc trzymać zimową porą w nieopalonych i wietrzonych salach i tyle przynajmniéj zaręczyć mogę, że im to najmniejszéj szkody nie wyrządzało. Że zimne powietrze, nawet w najniekorzystniejszych warunkach dłuższy czas na ustrój działając, w ostatniéj dopiero linii płuca zaczepia, przekonywają mnie liczne w zimniejszéj porze przypadki włóczęgów do tutejszego szpitala miejskiego sprowadzanych, którzy czasem przez kilka dni leżąc pod gołém niebem, nogi i ręce aż do zgorzeli poodmarzali, a prawie nigdy ostrych zapaleń dróg oddechowych nie okazują. Względną nietykalność płuc w obec zimnego powietrza chyba tak sobie tłumaczyć można, że ono jest wolniejsze od organicznych

przymieszek, czy to w wielkich przestworach zdala od ludzkich siedzib jak w górach albo na morzu, czy też nawet w zabudowaniach, gdzie je przysposabiać trzeba przeważnie tylko przez pilne przewietrzanie.

Ani słowa, że wilgotne zimne powietrze, a szczególnie poruszone t. zw. przewiewy choć suche bardzo szkodliwie na ustrój oddziaływają, mianowicie jeżeli trafiają na chwilowo rozgrzane ciało.

Pod wrażeniem zimna na nerwy skóry kurczą się włosowate tejże naczynia a powstaje zwiększony przypływ krwi do wewnętrnych narządów, który jeżeli rychło nie rozbudzi się w skórze reakcyja, prowadzi do zastoju i przystęp dać może rozmaitym chorobowym zajęciom, mianowicie też zapaleniom dróg oddechowych. Podczas gorączki zaś skóra znajduje się w obec zimna w daleko korzystniejszych warunkach, ponieważ przyspieszona czynność serca i nieodzowne od gorączki rozszerzenie tętnic ustawicznie zwiększony przypływ krwi do obwodu utrzymuje, a przeto wrażenia ciepłoty na skórę łatwiéj wyrównywa, na dowód tego wystarczy przytoczyć powszechnie wiadomy fakt, że podczas sztucznie wywołanéj gorączki np. przez gorące kąpiele wodne, parowe, czy powietrzne, nie tylko bezkarnie znosimy natryski bardzo zimnéj wody, ale nawet skrzepieni niemi się czujemy.

Albo kąpiąc tyfusowych pomimo rozległe nieżyty a nawet zapalenia płuc czy lękamy się teraz zimna? przeciwnie widzimy nieraz, że zlewania zimną wodą w takich stanach dzielniéj na ekspektoracyję wpływają, aniżeli zachwalane w tym celu leki.

Zimne powietrze ma jednak nad zimnemi kąpielami tę korzyść, że działa wprawdzie słabiéj na ochłodzenie ustroju ale za to jednostajnie i nie sprowadza tych groźnych zaburzeń, jakie nieraz spostrzegamy po zimnych kąpielach, nadto łatwiéj się da kierować na przeznaczone części ciała przez odpowiednie tegoż działanie. W zimnych kąpielach np. nieochybne zanurzanie dolnych odnóg powoduje prawie zawsze przypływ krwi do głowy, który zimnemi okładami albo zlewaniami nadaremnie wyrównać się staramy; przy używaniu zimnego powietrza cały kierunek zimna od nieobcenia odwraca się, bo głowa zazwyczaj bywa odkryta, a nogi ciepléj zabezpieczyć można.

Zimne powietrze istotnie uważać należy za środek przeciwgorączkowy i przeciwgnilny, który dotąd za mało jeszcze oceniony został.

Zastrzegając sobie na innèm miejscu obszerniejsze o tym przedmiocie uwagi, pokrótce tylko napomknę, że przez zimne powietrze rozumiem co najmniéj niżéj 10 stopni wskazujące, że spadki ciepłoty, o ile do tego czasu wywnioskować się dało u tyfusowych w tak chłodnèm powietrzu trzymanych, w porównaniu z zwykłym biegiem gorączki, są bardzo nieznaczne a może żadne, ale że zimno trzymani chorzy mniéj majaczą, języka nie mają wilgotnego, za to wolny od znanych owych złogów sadzowatych i nie tak na siłach upadają.

Wracając do przedmiotu swojego powyższemi uwagami tymczasem tyle tylko wyświecić pragnąłem, że skrupuły panujące co do działania niskich stopni ciepłoty na przebieg żarnic ani fizyjologicznemi ani klinicznemi doświadczeniami poprzeć się nie dadzą.

Daleki jestem od zalecania tak rygorystycznego zastósowywania zimnego powietrza w żarnicach jak to miało miejsce w wyżéj opisanym przypadku, żarnice bowiem zazwyczaj bez żadnego przyczynienia się leczniczego pomyślnie przebiegają. Jeżeli tak nie jest, jeżeli w ciągu okresu gorączkowego wytwarzają się zrazikowe zapalenia płuc, albo późniéj po złuszczeniu skóry podstępnie rozwijają się nieżytowe zapalenia płuc, bardzo być może, że się to dzieje skutkiem nieodpowiedniego pielęgnowania skóry w czasie choroby i wyzdrowin.

Dopóki trwa gorączka, używam tych samych zmywań roztworem glicerynowym, co w płonicy, trzymając chorych w chłodnych i wietrzonych pokojach. Po ustaniu gorączki sale lekko się ogrzewają, a celem ułatwienia łuszczenia skóra naciera się trzy razy dziennie jakimkolwiek tłuszczem, słoniną, oliwą albo olejem kakaowym, (który jest dla chorych najmilszym). Wcierania owe w czasie wyzdrowin z wielu względów są użyteczne: najprzód zapobiegając zbytniemu wysuszeniu przyskórka, sprawiają, że ten nie oddziela się grubszemi płatami (co skutkiem odsłonięcia nerwów skórnych naraża wyzdrowieńca na liczne niebezpieczeństwa), po drugie i tę jeszcze nastręczają korzyść, że oddzielające się łuseczki przyskórka wcieranym tłuszczem sklejane, nie mogą ulatać w powietrze i krążąc tam roznosić zarazę daléj albo też ponowny jad wszczepiać w płuca wyzdrowieńca.

Kończąc te urywkowe uwagi, których nałożona na mnie konieczność oszczędzania wzroku nie pozwoliła mi związać w umiejętniejszą formę, pozwalam sobie do Kolegów odezwać się z prośbą, ażeby nie zważając na zakorzenione publiczności przesądy, chłodnemu traktowaniu wszystkich osutek coraz szerszą torowali drogę, bo wziąwszy się wszyscy za ręce, łatwiéj nam pójdzie przełamać prastare uprzedzenia, przez co przyczynimy się do ocalenia niejednego życia, które nie z braku pomocy lekarskiéj, jeno z nieodpowiedniego zachowania higijenicznego marnie ginie.

III. Oceny i sprawozdania.

O wstrząśnieniu mózgu podług doświadczeń Dureta. Przez Dra Aug. Kwaśnickiego.

Pomimo swéj mocnéj budowy, pomimo kształtu sklepistego, który odpowiadając warunkom architektoniki najszczęśliwiéj rozkłada tak siłę nacisku jak i uderzenia, czaszka należy do tych części ciała, które najczęściéj doznawają urazu. Położona na najdalszym punkcie tego promienia, którego środek znajduje się u stóp, czaszka przy upadaniu przebiega najdłuższą przestrzeń, i podług praw fizyki musi najsilniéj z całego ciała uderzyć o przedmiot, na który upada. W nią również godzą przedmioty spadające, a niemniéj ciosy napastnika. Upadnięcie na stopy, kolana, lub kości siedzeniowe przy sztywnèm ustawieniu stawów sprowadza także i to nie mniéj groźne uszkodzenia czaszki i jéj treści.

Sprawa więc urazów czaszki jest ogromnego znaczenia, tak dla swéj częstości, jako groźnych następstw; do następstw tych należy wstrząśnienie mózgu, o którèm zdaję sprawę ze względu na bardzo zajmujące doświadczenia Dureta, a tèm chętniéj to czynię, że mechanizm, rozpoznanie i rokowanie przy sprawach urazowych mózgu, jak niemniéj i wskazania ich lecznicze, należą do najciemniejszych działów patologii chirurgicznéj.

Założywszy sobie rozległe zadanie wydoskonalenia dyjagnostyki urazów mózgu, Duret wyłożył towarzystwu bijologicznemu w Paryżu tylko część doświadczalną swéj pracy; natomiast część kliniczną przeznaczył do rozprawy habilitacyjnéj, któréj ukazania się nieobojętnie lekarze wyczekują.

Gdybym miał streścić liczne, a różnobrzmiąco wypowiedzenia o mechanizmie wstrząśnienia mózgu, mógłbym to uczynić w następujący sposób: „Wstrząśnienie mózgu polega na zachwianiu się wzajemnego stosunku drobin istoty mózgowéj, zachwianiu się, które doraźnie zakłóca czynności mózgu na czas nieokreślony lub je znosi na zawsze, bez wywołania uszkodzeń anatomicznych, a przynajmniéj takich zmian, któreby były w prostym stosunku do skali zaburzeń czynnościowych." Zgodnie z brzmieniem tego określenia autorów i Duret twierdzi, że zniesienie czynności mózgowych należy do stałych objawów wstrząśnienia mózgu, a doświadczalnie powiodło mu się wywołać wszystkie postacie kliniczne tego wstrząśnienia, lecz stanowczo oświadcza się on za porzuceniem teoryi drobinowych zaburzeń mózgowia, zwłaszcza, gdy ją można zastąpić pewnikami. Istnienie więc zmian anatomicznych przy wstrząśnieniu mózgu, i to w téj mierze rozległych, że niemi można wytłumaczyć zaburzenia czynnościowe, jest twierdzeniem Dureta, które praca jego udowadnia.

Pragnąc poprzeć swe rozumowania nie tylko demonstracyjami anatomicznemi, lecz posłużyć się ku temu celowi spostrzeganiem klinicznem, oraz prawdami fizyjologii, Duret rozpoczyna swój wykład symptomatologiją wstrząśnienia mózgu, które dzieli na lekkie, groźne i gwałtowne.

Stopień lekki wstrząśnienia mózgu cechuje się zawrotem głowy i podmiotowém doświadczaniem błysków, upadkiem sił, bladością i chwilową przerwą oddychania. Po upływie pewnego czasu, który nigdy nie jest długim, chory, chociaż zdaje się nie zupełnie pamiętać, co z nim zaszło, stopniowo odzyskuje przytomność, pojmowanie, czucie, a wreszcie i ruch; ustają również zaburzenia w czynnościach oddychania i krążenia.

Przy wstrząśnieniu drugiego stopnia urażony upada i pozostaje bez czucia, ruchu i świadomości; oddychanie odbywa się powolnie i powierzchownie, a częstość tętna spada od 50 do 30 uderzeń na minutę. Po kilku zaledwo godzinach przypady te mogą uledz złagodzeniu, a czucie, ruch i myślenie wracają bardzo powoli. A zatém pierwszy i drugi stopień wstrząśnienia mózgu cechują się temi samemi przypadami, a różnica zachodzi co do czasu ich trwania i siły natężenia, wyleczenie jednak jest możebném.

Wstrząśnienie mózgu gwałtowne, czyli trzeciego stopnia, jest nagłe i niechybnie śmiertelne.

Duret postanowił wywołać doświadczalnie na zwierzętach wszystkie trzy postacie wstrząśnienia mózgu; lecz sądząc, że sposób wywołania tego wstrząśnienia razami, zadanemi czaszce zwierząt pociąga za sobą zbyt zawikłane następstwa, w skutek licznych urażeń mózgowia, zamierzył on rozpocząć swe doświadczenia bezpośredniém działaniem siły na mózg; lecz ponieważ wiadomém mu było z poprzednich prac, że nieco szérszy otwór w czaszce zmienia warunki krążenia śródczaszkowego, co oddziaływa na warunki fizyjologiczne pierwiastków mózgu, że natężenie tętnicze i cieczy mózgowordzeniowéj, ulegające stałemu ciśnieniu lub zmianom zależnym od praw ściśle określonych, nagle znajdzie się w nieprawidłowych warunkach, badacz ten nie uciekł się do trepanu celem odsłonięcia mózgu, lecz użył perforatora i przez mały otworek nim dokonany wstrzykiwał na powierzchnię mózgu małą ilość płynu, który natychmiast na zewnątrz wypływał, a prąd wstrzykniętego płynu był siłą wywołującą wstrząśnienie mózgu.

Przyznając, że metoda powyższa nie jest wolną od krytyki, Duret przewiduje, że może mu być uczyniony zarzut, że wstrzykując płyny na powierzchnię mózgu wykonywa nacisk, a nie wstrząśnienie; lecz druga seryja jego doświadczeń, polegająca na wywołaniu wstrząśnienia mózgu razami zadanemi czaszce, przekonała go, że skutki wstrzyknięcia cieczy i razów zadanych czaszce są też same, a metoda pierwsza o tyle była korzystniejsza dla Dureta, że dawała szersze pole samodzielności badającego.

Pierwszy dział doświadczeń, dokonywanych za pomocą cieczy wstrzykiwanych na powierzchnię mózgu z większém lub mniejszém ciśnieniem dozwolił Duretowi wywołać wszystkie trzy stopnie wstrząśnienia mózgu; płyny dostawały się pomiędzy czaszkę a oponę twardą, bądź w przestwory podpajęczynowe, a oprócz wody posługiwał się Duret oliwą, gliceryną, cieczami zsiadającemi się, jak galaretą lub mięszaniną z łoju i wosku i t. d. Pomijam poszczególne osobne doświadczenia, które Duret ilustrował pięknemi rysunkami, bo wynik ich był zawsze jednaki: utrata przytomności zwierzęcia, znieczulenie, niemoc mięśniowa, zwolnienie tętna, raptowne lecz chwilowe ustanie oddychania: stósownie do siły prądu wywoływał Duret powyższe objawy dowolnie na kilka minut, kilka godzin lub dni, lub zabijał zwierzę doraźnie.

Lecz to są skutki, a gdzież tkwi przyczyna, która te zaburzenia wywołuje? Duret nie szuka jéj w oscylacyi drobin mózgowych, i stanowczo przeczy, by ta oscylacyja istnieć mogła bez potargania widocznego włókien nerwowych i naczyń włosowatych; mózg nie należy do ciał wibrujących przy wstrząśnieniu. Odwołując się do najnowszych pojęć fizyjologów o roli półkul mózgowych nie może on wynaleść czynnościowego związku między naruszeniem ich anatomicznéj całości a zaburzeniami oddychania i krążenia, których punkt kierujący w mózgu ściśle przez Flourensa został określonym; czyż istnieje taki badacz mózgu, któryby nie zmiażdżał, nie wycinał półkul mózgowia, a przecież żaden z nich nie spostrzegał, ażeby czynnościowe zaburzenia krążenia i oddychania następowały tak nagle i w takim stopniu, i w tym względzie patologowie z fizyjologami są w zupełnéj zgodzie. Kazuistyka wojskowo-lekarska obfituje w przykłady przeszycia mózgu ciałem obcém lub odcięcia części półkul, a przecież chirurdzy wojskowi nie opisują tego rodzaju następstw, któremi tak wybitnie się wyróżnia wstrząśnienie mózgu. Czy nie istnieje więc po za obrębem półkul także miejsce w mózgu, którego urażenie wywołaćby mogło podobne przypady? Szukając odpowiedzi na powyższe pytanie, Duret skierował się ku rdzeniowi przedłużonemu i częściom z nim stykającym się, gdyż rdzeń przedłużony jest ośrodkiem czynności oddechowych i krążenia, w nim krzyżują się włókna nerwowe wstępujące (czuciowe) i zstępujące (ruchowe), których urażenie sprowadza chwilowo lub na zawsze zniesienie ruchu i czucia; przeważna część nerwów mózgowych ma swój początek na dnie 4éj komórki, więc ruchy ust, szczęk, twarzy, połyku, głośni, języka, gałek ocznych, powiek zależą od rdzenia przedłużonego, a zatém uszkodzeniem téj części mózgu dadzą się wytłumaczyć wszystkie objawy kliniczne wstrząśnienia mózgu. Pozostaje wytłumaczyć fizyjologicznie ustanie myślenia i pojmowania; współcześni fizyjologowie naznaczają siedzibę czynności duchowych w półkulach mózgu, a ponieważ władza myślenia i pojmowania i t. d., jest skutkiem wrażeń zewnętrznych, doznanych bądź przez zmysły, bądź przez nerwy czucia na obwodzie, z drugiéj zaś strony, ponieważ przy uszkodzeniu rdzenia przedłużonego zniszczoném zostaje przewo-

dnictwo wrażeń obwodowych ku komórkom zwojowym, nic dziwnego, że władze myślenia i pojmowania ustają, skoro źródło ich powstawania ustało. Powyższém tłumaczeniem Duret nie tylko broni swych twierdzeń, ale wspiera on jednocześnie teoryje o powstawaniu pojęć fizyjologów takich, jak Luys, Seczenow. Czém jest dla soczewki ognisko względem rozbieżnych promieni, tém miejsce skrzyżowania się włókien nerwowych w rdzeniu przedłużonym jest w stosunku do tych włókien po ich rozpromienieniu się; a jak mały nie przeźroczysty punkcik w ognisku soczewki wywołuje po za sobą znacznych rozmiarów widno ciemne, tak jedna wynaczynionka w miejscu skrzyżowania się włókien nerwowych wywołuje przerwę przewodnictwa między mózgowiem a wielkiemi obszarami obwodu lub trzew i zdolna jest sprowadzić, znosząc wszelką czynność mózgową, wielką ciemnię umysłową.

Jeśli rozumowanie powyższe jest ponętném i logiczném, to nie wyjdzie ono jednak z zakresu przypuszczeń, skoro takie uszkodzenie rdzenia przedłużonego nie zostanie wykazaném. Przytaczam więc w streszczeniu część doświadczalną pracy Dureta, na której opartém zostało jego twierdzenie. Wstrzykując psu z znaczną siłą na powierzchnię mózgu 100·0 wody wywołał Duret natychmiastową śmierć zwierzęcia; sekcyja wykazała przebicie ściany bocznéj 4éj komórki, oraz pęknięcie jéj dna; bliższe badanie wykazało, że siła, która sprawiła te uszkodzenia, działała z wewnątrz, co wybitnie spostrzegało się na pęknięciu wzdłuż pióra pisarskiego, gdzie warstwy zewnętrzne tu i owdzie utrzymywały się jeszcze w połączeniu, obok zupełnego rozdzielenia od wewnątrz, również przebicie boczne miało postać lejkowatą z rozszerzeniem od wewnątrz. Nadto sekcyja wykazała znaczne rozszerzenie wodociągu Sylwijusza i kanału rdzeniowego oraz liczne wynaczynienia tętnicze na ścianach 4éj komórki i u ujścia kanału rdzeniowego.

Zastanawiając się nad temi anatomicznemi zmianami, nad tém pęknięciem rdzenia przedłużonego od wewnątrz ku zewnątrz, nad rozszerzeniem światła wodociągu Sylwijusza i kanału rdzeniowego, domyślił się Duret że te zmiany powstawały w skutek ciśnienia nagle przemieszczonéj cieczy mózgowo rdzeniowéj? Pod silnym i doraźnym naciskiem, któremu ulegają półkule przy wstrząśnieniu mózgu, ciecz mózgowo-rdzeniowa, zawierająca się w komórkach bocznych, zostaje gwałtownie pchniętą w kierunku najmniejszéj zapory, a więc przez wodociąg Sylwijusza do komórki 4éj, przez co przewód ten doznaje gwałtownego rozszerzenia, a nawet rozszarpania; komórka czwarta otrzymując nagle większą ilość płynu, aniżeli zmieścić go jest w stanie, gdyż ilość cieczy mózgowo rdzeniowéj, zawartéj w obu bocznych komórkach jest o 5 lub 6 razy większą od téj, jaką objąć jest w stanie komórka 4ta i nie posiadając dostatecznego odpływu przez kanał rdzeniowy i szparę Magendiego, prowadzącą pod oponę pajęczynową rdzenia i ulegając gwałtownemu parciu od wewnątrz rozdziera się.

Duret zastrzega się przeciw możebnemu posądzeniu, że płyn, który poczynił takie spustoszenia, mógł pochodzić z jego strzykawki, i dla tego kilka razy posługiwał się cieczami zsiadającemi się, jak galaretą, woskiem z oliwą i t. d. Pomimo, że z największą łatwością można było wykazać miejsce zebrania się płynu wstrzykniętego, który znachodzono na powierzchni mózgu między czaszką a oponą twardą, lub w przestrzeniach podpajęczynowych, obszerne zniszczenia w wodociągu Sylwijusza i 4éj komórce, o których przy powyższém doświadczeniu mówiłem, miały miejsce.

Chcąc swą pracę uczynić wszechstronnie jasną i oprzeć ją na szerokiéj podstawie prawd fizyki, przedsięwziął Duret szereg doświadczeń, których przeznaczeniem było rozszerzyć zakres dowodów, popierających jego twierdzenia i zjednać im rzeczników w naukach pomocniczych.

Jeśli na obu połowach czaszki uczynimy trepanem po jednym otworze, i naciśniemy przez jeden z nich palcem istotę mózgową, to pomimo że sierp opony twardéj zapobiega udzielaniu się ciśnienia drugiéj półkuli, wypuklenie się mózgu przez drugi otwór ma miejsce, a przyczyna jego leży w nadmiernem wypełnieniu bocznéj komórki cieczą mózgowo-rdzeniową, wygniecioną uciskającym palcem ze strony przeciwnéj. Szparą Monroa i wodociągiem Sylwijusza nie mogła w obec małéj średnicy tych kanałów a raptowności nacisku odpłynąć ciecz mózgowo-rdzeniowa do komórek średniéj i czwartéj; natomiast, jeśli usuniemy uciskający palec, wypuklenie stopniowo zmniejsza się i znika, gdyż ciecz mózgowo-rdzeniowa powolnie odpłynęła przez wązkie, powyżéj wymienione kanały do odpowiednich im komórek.

Poznanie powyższych stosunków tłumaczy, dla czego istota mózgowa wypukla się dobrowolnie przez otwór przypadkowy lub chirurgiczny w czaszce. Ciśnienie pod którém znajduje się ciecz mózgowo-rdzeniowa jest o wiele znaczniejszém od ciśnienia powietrzni, jak to liczbami oznaczyli Leyden i Pagenstecher; stosunek powyższy tłumaczy, dla czego przy najmniejszém nakłóciu opony twardéj i pajęczynowéj ciecz mózgowo-rdzeniowa obficie wypływa. Jeśli to wypuklanie nie jest objawem stałym, to tylko dla tego, że ciśnienie pod którém znajduje się ciecz mózgowo-rdzeniowa nie jest stałém, że ulega ono wahaniom się względnie do natężenia tętniczego i siły oddychania, od których zależy.

Lecz ciecz mózgowo-rdzeniowa może być wpędzoną nie tylko z jednéj komórki bocznéj do drugiéj, ale ulegając prawu Pascala, mocą którego płyn ściskany wywiera równomiarowy nacisk we wszystkich kierunkach, i ciecz mózgowo-rdzeniowa może być wpędzoną do komórki 4éj a z niéj do kanału rdzenia i pod jego błonę pajęczynową przez szparę Magendiego. By się o tém przekonać, Duret obnażał przez przecięcie mięśni karkowych błonę zasłaniającą tylną, na któréj spostrzegał tętnienie jednoczasowe z tętnieniem i trybem oddechowym: błona ta natężała się i tętnienie chwilowo ustawało, jeśli Duret wykonywał ucisk na powierzchnię mózgu przez otwór w czaszce; powtarzając to naciskanie w sposób przerywany, objawy na błonie zasłaniającéj otrzymał również przerywane, i w jakibądź sposób i za pomocą jakiegokolwiek przedmiotu wywrzemy ten nacisk na półkule mózgu, wyniki spostrzegane na błonie szczytowo-potylicowéj nie przestają być jednakiemi. Rzecz godna uwagi, że przez czas trwania natężenia błony zasłaniającéj, oddychanie zwierzęcia chwilowo ustaje, a serce uderza powolnie, czasem 20 razy na minutę; w miarę zaś rozluźniania się błony powyższe objawy zmniejszają się lub znikają.

Duret nie poprzestał na prostém spostrzeganiu opisanych objawów, zależnych od gwałtownego przemieszczenia cieczy mózgowo-rdzeniowéj; dla większéj ścisłości studyjował on graficznie wysokość wahania się błony zasłaniającéj podług metody Drów Franka i Salathé.

By jeszcze wyraziściéj uwydatnić, jak wielką rolę odgrywa ciecz rdzeniowo-mózgowa w wstrząśnieniu mózgu, Duret uczynił jeszcze jedno, że się tak wyrażę, kontrolujące doświadczenie; po poprzedniém obnażeniu błony zasłaniającéj wstrzyknął on przez otwór w czaszce wosk roztopiony i wy-

wolał natychmiastowe ustanie oddychania, bardzo znaczne zwolnienie ruchów serca, obok ustania wszystkich innych czynności mózgowych; pozostawiwszy zwierzę półtora minuty w tym stanie, nakłół błonę zasłaniającą, przez otwór bryznęła ciecz mózgowo rdzeniowa i czynności oddychania i krążenia wzmogły się, obok objawów oprzytomnienia zwierzęcia; doświadczenie powyższe powtórzył wielokrotnie, a chociaż z niego nie wynika, aby na człowieku próby podobnego rękoczynu robionemi być mogły, to jednakże znając już siedlisko i przyczynę zaburzeń, składających się na wytworzenie klinicznéj jednostki wstrząśnienia mózgu, śmielejby należało się prowadzić dzieło sztucznego oddychania, i uciekać się do krwi upustu, jako środka zmniejszającego tętnicze natężenie.

Teraz, kiedy gwałtowny nacisk na ściany komórki 4éj cieczą mózgowo-rdzeniową, wyciśniętą z bocznych komórek, został wykazanym, pozostaje udowodnić, że razy zadawano czaszce, lub upadnięcie na głowę itd. wywołują podobneż następstwa. Pies, któremu zadane były śmiertelne razy na przednią część czaszki, przedstawiał przy sekcyi liczne wynaczynienia wielkości prosa na wysokości wodociągu Sylwijusza, oraz kilka na dnie 4éj komórki, głównie skupione u miejsca, gdzie fizyjologowie oznaczają początek nerwu błędnego. Miejsca największych wynaczynień są miejscami, które doznały najsilniejszego naporu cieczy mózgowo-rdzeniowéj. Sekcyja drugiego psa wykazała podobne wynaczynienia zwłaszcza u ujścia kanału rdzeniowego; w saméj istocie rdzenia znaleziono kilka wynaczynień, zależnych od zaburzeń krwiobiegu, w skutek ucisku na ściany komórki czwartéj. Innemu znowu psu zadano 30 razów umiarkowanych na przednią część czaszki; objawy następowe polegały na stopniowém wzmaganiu się objawów, tylokrotnie przytaczanych, a natężenie ich było w zupełnéj harmonii do siły i częstości zadawanych razów.

Przy sekcyi znaleziono trzy ogniska wynaczynienia wielkości soczewicy w części środkowéj dna komórki 4éj, oraz drobne wynaczynionki u początku nerwu błędnego i przy ujściu kanału rdzeniowego. Poprzestaję na przytoczeniu tych trzech doświadczeń.

Doświadczenia Dureta błędnie by zostały zrozumiane, gdyby zechciano mniemać, że badacz ten nie spostrzegał innych zmian po za obrębem komórki czwartéj; wyraża się on w téj sprawie w sposób następujący: „wszędzie, gdzie krąży ciecz mózgowo-rdzeniowa, dostrzegać się dają ślady gwałtu, powstałego nagłém przemieszczeniem téj cieczy,“ a liczne akwarele, które okazał stowarzyszeniu bijologicznemu, ilustrują jego słowa. Prawo Pascala, mocą którego ciecz ściskana z równą siłą napiéra we wszystkich kierunkach, potwierdza się przy wstrząśnieniu mózgu, jak niemniéj i to prawo hydrodynamiki, że w miejscach utrudnionego przejścia cieczy, napór ten i jego skutki są o wiele wybitniejsze.

Daléj Duret zadaje sobie pytanie, czy wywody jego są w zupełnéj zgodzie z fizyjologiją układu nerwowego? Zaburzenia mięśniowe ócz, twarzy, szczęk, członków tłumaczą się uszkodzeniami tych miejsc, które uznane są przez autorów za siedliska początku III, V, VII i XII pary nerwów; objawy zaburzeń czynnościowych krążenia i oddychania tłumaczą się uszkodzeniem początku nerwu błędnego, które to miejsce tak często ulega urazowi, jak powyższe doświadczenia wykazały, a wyższy stopień uszkodzenia dna 4éj komórki wywołuje śmierć nie innym sposobem, jak porażeniem nerwu błędnego, a względnie ustaniem krwiobiegu i oddychania, co poprzednio inna seryja doświadczeń dokonanych na zwierzętach przez Flourensa, Longeta, Bernarda i Vulpiana wykazała. Wiadomo całemu światu lekarskiemu, że nakłóciem dna komórki czwartéj wywołał Kl. Bernard u zwierząt białkomocz i cukromocz; Duret w moczu wszystkich zwierząt, u których wywoływał wstrząśnienie mózgu, spostrzegał białko i cukier, co przed nim jeszcze ogłosił Vulpian.

(Dokończenie nastąpi.)

Dr. Lindpainter: **O opatrunku borowym Listra.** (Monachijum 1877).

Wiadomość o dzielnych własnościach przeciwgnilnych kwasu borowego zawdzięcza Lister następującéj okoliczności: Przed 3 laty oświadczył Listrowi przyjaciel jego Dr. Stang z Norwegii, odwiedzając go w Edynburgu, że w Szwecyi odkryto nowy środek przeciwgnilny i używano go na wielką skalę do przechowywania pokarmów przez czas dłuższy jako też do opatrywania ran. Środka tego zwanego aseptynem używano w dwojakiéj formie, tj. w postaci proszku i płynu zwanego „amykos.“ Skład tego środka trzymano w tajemnicy a dopiero Mr. Grahn, chemik w Upsali wykrył, iż głównym skutecznym pierwiastkiem środka powyższego jest kwas borowy.

Lister otrzymawszy te cenne wiadomości z ust swego przyjaciela rozpoczął doświadczenia z nowym tym środkiem i użył go najpierw sam na sobie z powodu zanokcicy palca małego, nadzwyczaj bolesnéj i cuchnącéj, gdzie kwas karbolowy nie potrafił nawet usunąć woni nieprzyjemnéj, a nadto sprawiał nieznośne pieczenie w mocném nawet rozcieńczeniu. Skutek płynu „amykos“ był wyśmienity; Lister oblał nim palec i zawinął go następnie w gazę napojoną tymże płynem.

Kas borowy jest w wodzie zimnéj bardzo trudno rozpuszczalny, za to rozpuszcza się on bardzo łatwo w wodzie wrzącéj, przy 15° C. rozpuszcza się w stosunku 1:26, przy 38° C. 1:16, a przy 100° C. łatwiéj niż w stosunku 1:3. Kawałek gazy (lint) zamaczany w roztworze wodnym kwasu borowego przy cieplocie blizkiéj wrzenia zabiera bardzo wiele kwasu borowego, tak że ciężar gazy w 3-nasób się wzmaga. Jeżeli takiéj gazy użyjemy do opatrunku, to wydzielina wsiąka w nią bardzo łatwo nie wymywając całéj ilości kwasu, a ilość zebrana kwasu jest dostateczną do odwodnienia wydzieliny. Nadto kryształki kwasu borowego nie są ostre, ani chropowate, ale miękkie i nie drażnią skóry mechanicznie. Przed użyciem gazy borowéj do opatrunku należy ranę i skórę otaczającą oczyścić z zarodków gnilnych, a to przez wymycie roztworem chlorku zynkowego 8% saméjże rany, a silnym roztworem kwasu karbolowego przenikającym dostatecznie przyskórek skóry ranę otaczający. Następnie zakłada się opatrunek borowy w sposób następujący: najpierw przykłada się na samą ranę odpowiedniéj wielkości kawałek t. zw. silk-protectiv (ceratki ochronnéj) zanurzony w roztworze wodnym dobrze wysyconym kwasu borowego; na to nakłada się kawałek gazy borowéj o kilka cali we wszystkich kierunkach większy niż ceratka powyższa, zamoczywszy ją poprzednio również w roztworze kw. borowego a w końcu przytwierdza się ten opatrunek za pomocą opaski. Kwas borowy ma tę wyższość nad kwasem karbolowym, że zabliźnianie powstrzymuje w stopniu daleko niższym, i drażni ranę daleko mniéj, niż kwas karbolowy.

To też opatrunek borowy szczególniéj oddaje znakomite usługi przy przeszczepianiu skóry metodą Reverdina, przyczém ostrym i cienkim nożykiem zeskrobuje się tylko przyskórek z miejsca dokładnie roztworem 5% kwasu karbolo-

wego wymytego, dzieli się go na drobniutkie kawałki, które się zanurza w roztworze kwasu borowego i następnie przykłada powierzchnią dolną na ranę pokrytą czystą ziarniną, pokrytą podczas zeskrobywania przyskórka płatkiem gazy borowéj. Powyżéj opisany opatrunek borowy pozostawia się przez dwa do trzech dni, a potém bez obmywania rany nakłada się opatrunek świeży.

Szczególniéj ładnie się goją i zabliźniają w przeciągu kilku dni zdarcia przyskórka przy złamaniach, a jednorazowy opatrunek borowy zupełnie wystarcza do osiągnięcia tego pożądanego skutku zwłaszcza przy zakładaniu przyrządów ustalających.

Jako środek dzielnie odwaniający oddaje kwas borowy niepospolite usługi przy rękoczynach przedsiębranych koło cewki moczowéj i na międzykroczu nie drażniąc przytém błony śluzowéj, a niszcząc nieprzyjemne wyziewy w stopniu przewyższającym o wiele działanie kwasu karbolowego.

Kwasu borowego można wreszcie z wielką korzyścią używać w postaci maści w stosunku następującym: bierze się 1 część kwasu borowego dobrze sproszkowanego, 1 część wosku białego, 2 części parafiny i 2 części olejku migdałowego; stopiwszy wosk i parafinę przez ogrzanie z olejkiem migdałowym miesza się to wszystko należycie z kwasem borowym w moździerzu ogrzanym, dopóki masa nie zgęstnieje, poczém się ją odstawia. Masa oziębiona jest dosyć tęga, ale przez rozcieranie w małych dawkach (30,00) w moździerzyku zimnym nabiera własności maści jednostajnéj, którą potém rozsmarowuje się w cienkiéj warstwie na cienkim muślinie lub materyi lnianéj.

Wydzielina rozpościera się łatwo pod tą maścią przylegającą do rany i traci skutkiem działania kwasu borowego swoje własności gnilne, z drugiéj zaś strony łagodny ten środek przeciwgnilny sprzyja bardzo gojeniu się rany. Lister z dobrym skutkiem używał téj maści przy wykonaniu rękoczynu twórczego wyciąwszy nader rozległy wrzód żrący zajmujący niemal twarz całą. Maść borowa oddaje w końcu niepospolite usługi zastępując ceratkę ochronną w przypadkach, w których niepodobna ustrzedz się wydzieliny posokowatéj z głębi saméjże rany np. po wypiłowaniu stawu z powodu otwartego ropienia kości, jeżeli wstrzykiwanie chlorku zynku nie potrafiło wytępić gnilnego rozkładu w głębi rany. W razie używania maści borowéj rozpościera się wydzielina pod opatrunkiem tego rodzaju tylko w cienkiéj warstwie i zostaje dostatecznie odwonioną, a dowodem tego jest ta okoliczność, że opatrunek taki zdjęty po 2 lub 3 dniach nie cuchnie tak mocno, jak opatrunek z ceratką, lub opatrunek wilgotny zdjęty już po 24 godzinach. Nie tylko zatém atmosfera pokoju nie jest zanieczyszczoną, ale i lekarz nie potrzebuje zmieniać tak często opatrunku maścią borową.

Znakomite te własności tego nowego środka przeciwgnilnego powinny stanowić dostateczną zachętę do przedsiębrania z nim dalszych umiejętnych doświadczeń w dziedzinie chorób zewnętrznych. *Obt.*

Geipel: **O zastósowaniu przyrządu pneumatycznego Fränkla w śmierci pozornéj.**

Dziecko wpadło do wody i dopiéro po upływie 5 minut wydobyte zostało w stanie zamartwiczym. Zastósowano natychmiast oddychanie sztuczne, a po upływie 3 minut klatka piersiowa podnosiła się nieco. Wtedy G. posłał do mieszkania swego w pobliżu się znajdującego po przyrząd pneumatyczny Fränkla i wyciągnął silnie powietrze z płuc dziecięcia, w skutek czego przestwory międzyżebrowe i brzuch zapadały się; po dwurazowém wdychaniu powietrza zgęszczonego świeżego oddychanie stało się dokładném, a tętno i uderzenie serca wymacalnemi. Następnego dnia dziecko było całkiem zdrowe, skutek więc był świetny a silne wyciąganie powietrza okazało się nieszkodliwém. Ponieważ skuteczność przyrządu Fränkla jest przynajmniéj tak wielką, jak przyrządu indukcyjnego, ponieważ nadto piérwszy jest łatwo przenośnym i natychmiast do użycia stósownym, więc autor zwraca nań uwagę. (*Berl. klin. Woch.* 1878. Nr. 6.) *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 19go grudnia 1877 roku.

1) Przewodniczącym dla walnego Zebrania wybrano Dra Karczewskiego, przełożonego zakładu dla obłąkanych w Kowanówku.

2) Protokół z ostatniego walnego Zebrania odczytano i przyjęto.

3) Dr. Köhler z Kościana potrącając pokrótce o najważniejsze środki ożywcze, jak wino, eter itd., używane z dobrym skutkiem w krwotokach macicznych, namienia, że daleko lepsze jeszcze rezultaty spostrzegał po ciepłych okładach, stósowanych w takich razach na głowę. Zdaniem K. chodzi tu przedewszystkiém o jak najśpieszniejsze przysporzenie mózgowi krwi, co się właśnie przez ciepło osiąga, przyczém nadto głowę choréj układa nisko. W kilku rozpaczliwych przypadkach widział K. przy tego rodzaju leczeniu znakomite rezultaty: chore odzyskiwały szybko utraconą przytomność, puls wznosił się znacznie. Takie same rezultaty spostrzegał przy silnych krwotokach z nosa. Dr. Matecki przytacza, że w praktyce swéj już dawno używał przeciwko krwotokom macicznym gorącéj wody, w któréj maczał ręczniki i obwijał głowę.

4) Tenże wspomniał w krótkich słowach o rezultatach, do jakich doszedł przy stósowaniu karaczanów (*blatta orientalis*) w chorobach nérkowych, płucnych i sercowych. Sposób wyrabiania leku jest prosty. Karaczany suszy się w piecu, potém tłucze miałko w moździerzu; co do dawki, podawał trzy razy dziennie po 0·06 w proszkach. W kilka godzin po zadaniu tego środka widział silne zapocenie się całego ciała, stolec wolniejszy; rozwolnienia mocniejszego nie spotykał nigdy. W chorobach nérkowych rezultaty były bardzo dobre, bo białko ustępowało stosunkowo szybko; mniéj zaś pomyślnemi okazały się karaczany w chorobach płucnych i sercowych.

5) Następuje odczyt Dra Zielewicza p. t. „Spostrzeżenia nad stósowaniem chlorku pilokarpinu w chorobach dziecięcych“. (Odczyt ten będzie umieszczony w całości w najbliższych numerach Przegl. Lek.)

6) Dr. Kaczorowski odczytuje rozprawę swą p. t. „Przyczynek do ciepłoty, jaką zachowywać wypada w ostrych wysypkach, mianowicie w żarnicach“. (Rozprawa ta umieszczoną jest w Nrze poprzednim i niniejszym Przegl. Lek.)

7) Na przyszłe walne Zebranie uchwalono dyskusyę nad tematem: dalsze spostrzeżenia nad ostremi wysypkami.

Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. St. Jerzykowski.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 14 lutego. Na posiedzeniu komisyi sanitarnéj miejskiéj z d. 9 b. m. przełożony departamentu V. podał do wiadomości komisyi, że wszystkie propozycyje jéj, uczynione na posiedzeniu poprzedniém pod względem zapobieżenia durowi powrotnemu zostały wykonane. Następnie skonstatowano, że dur powrotny nie pojawił się jeszcze ani w mieście ani w garnizonie i że od kilku dni już mniéj chorych przybywa do szpitala św. Łazarza, że więc nie zachodzi potrzeba urządzenia ze strony gminy osobnego szpitala. Natomiast Magistrat oświadczył gotowość oddania rekwizytów pozostałych ze szpitali cholerycznych, które istniały w r. 1873, na cele mającego się otworzyć w szpitalu św. Łazarza pawilonu dla tyfusowych.

Następnie przyjęto wnioski: 1) prof. Janikowskiego: *a)* aby Magistrat częściéj niż dotąd podawał pod opiniję komisyi sprawy miejskie, mające styczność z higijeną; *b)* aby Magistrat wyjednał u Dyrekcyi poczt pozwolenie, aby doniesienia lekarzy o pojawieniu się choroby zaraźliwéj bezpłatnie przez pocztę miejscową doręczane były Magistratowi; 2) prof. Korczyńskiego o wyznaczenie komisyi, mającéj podawać środki przeciw ospie panującéj ciągle w skutek zaniedbywanego ze strony osób prywatnych szczepienia. Do komisyi téj oprócz wnioskodawcy wchodzą prof. Janikowski, Dr. Buszek, oraz z po za komisyi prof. Jakubowski.

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 5 (od 27 stycznia do 2 lutego) zmarło w Krakowie osób 33: 19 mężczyzn i 14 kobiet; 16 osób w obwodach i 17 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób stałéj ludności wynosiła 31,1; we Lwowie 26,2; w Warszawie 29,1; w Wiedniu 31,7; w Budapeszcie 44,6; w Pradze 32,3; w Tryjeście 48,4; w Genewie 33,4; w Brukselli 25,2; w Paryżu 26,6; w Londynie 24,8; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 21,2; w Chrystyjanii 36; w Petersburgu 53,3; w Odessie 29,1; w Wenecyi 32,4; w Bukareszcie 46,0; w Aleksandryi 38,3; w Berlinie 23,5; w Królewcu 34,9; w Gdańsku 25,8; w Poznaniu 24,5; w Wrocławiu 24,1; w Monachijum 34,9; w Würzburgu 42,6; w Dreźnie 21,5. W tym czasie zmarło w Krakowie z chorób zakaźnych 8 osób, mianowicie: z ospy 2 osoby nieszczepione, z odry 1, z dławca 2, z róży 1, z duru powrotnego 1, z czerwonki 1. Dur powrotny utrzymuje się prawie w jednakowém nasileniu i częściéj kończy się śmiercią.

* **Warszawa.** Morderca prof. Girsztowta skazany został d. 8 bm. w 2éj instancyi na 15 lat ciężkich robót z osiedleniem w Syberyi i pozbawieniem praw. Przesłuchano przy rozprawie Drów Chomętowskiego i Zalewskiego, którzy na wniosek obrońcy badali stan umysłowy Sroczyńskiego i orzekli, że jest umysłowo i moralnie bardzo słabo rozwinięty; następnie proff. Kosińskiego i Czausowa, którzy uznali ranę zadaną prof. Girsztowtowi za śmiertelną, oraz Dra Stankiewicza, wreszcie proff. Wisłockiego i Kotelewskiego. P. Wislocki na zapytanie obrońcy, w jaką część ciała zadają rany chcący kogoś zabić, odpowiada, że w głowę, pierś, brzuch lub rzadziéj w szyję. Na dalsze pytanie, czy ran podobnych nie zadaje się w nogę, zapewnia, że ten tylko, kto zna dobrze położenie i znaczenie tętnicy udowéj, może w zamiarze zabicia uderzać kogoś w nogę. P. Kotelewski twierdzi, iż przecięcia art. profundae nie można podług prawa obowiązującego uznać za bezwarunkowo śmiertelne, gdyż prawo za takie uważa tylko te rany i uszkodzenia, które „wszędzie i u wszystkich ludzi wywołują śmierć.“ *(Kur. Warsz.)*

W przypuszczeniu, że sprawozdanie oddało wiernie odpowiedzi dwóch ostatnich znawców, musimy wyrazić zadziwienie nasze, że lekarze sądowi właśnie tak, a nie inaczéj orzekli. Odpowiedź pierwszego znawcy zmierzała do tego, aby poprzeć twierdzenie obrońcy, jako sprawca nie miał zamiaru zabicia swéj ofiary, skoro ją ugodził „w nogę.“ Wątpimy, ażali nawet ten, który zna położenie i znaczenie tętnicy udowéj, ugodziłby kogoś w „nogę,“ gdyby miał zamiar zabicia go, ponieważ taki znawca anatomii wiedziałby zarazem, że pewniéj dokona zamiaru, jeżeli ugodzi inną okolicę ciała; a z drugiéj strony nie ma wcale dowodu, że S. chciał prof. G. ugodzić w „nogę“ i czy przeciwnie nie mierzył właśnie w brzuch; trzeba tu przedewszystkiém uwzględnić wzrost sprawcy w porównaniu ze wzrostem napadniętego, oraz ruch, który może ostatni wykonał w chwili napaści. — Co do orzeczenia drugiego znawcy, to wprawdzie nie wiemy, czy ustawa rosyjska uznaje tylko te rany i uszkodzenia za bezwarunkowo śmiertelne, które „wszędzie i u wszystkich ludzi wywołują śmierć,“ — ale to wiemy, że nauka już od dawna porzuciła stopnie śmiertelności, i że obecnie znawca jak z jednéj strony nie może zgóry orzekać o obrażeniu, że jest śmiertelném, dopóki śmierci nie wywołało, to z drugiéj powinien uznać ranę za śmiertelną skoro śmierć wywołała pomimo, że pomoc umiejętna została udzieloną. Obrażeń zaś, które „wszędzie i u wszystkich ludzi śmierć wywołują“ nie znamy wcale i ztąd téż pochodzi słuszna zasada, że dopóki obrażony żyje, obrażenia nie wypada uznać za śmiertelne.

* **Wiedeń**. Prof. Hyrtl, żyjący od czasu ustąpienia z katedry na posiadłości swéj w Perchtolsdorf pod Wiedniem, pomimo, że coraz więcéj zapada na wzroku, zajmuje się ciągle pracami, odnoszącemi się zwłaszcza do anatomii porównawczéj, a równocześnie pracuje nad słownikiem wyrazów lekarskich, a szczególniéj nad tłumaczeniem pochodzenia wyrazów służących do oznaczenia chorób, których początek wywodzi z języków: hebrajskiego, chaldejskiego i hiszpańskiego. Sześć godzin dziennie poświęca on téj pracy znakomitéj a pomagający mu prosektor wypisuje mu ustępy z dzieł starych i rzadkich. Żelazna wola uczonego starca pokonywa wszelkie trudności, a co mu niektórzy poczytują za dziwactwo, jest tylko wypływem energii woli. Tak np. opowiadają o nim sąsiedzi, że po kilka godzin w nocy spaceruje w swoim ogrodzie, chcąc zawczasu zapoznać się ze wszystkiemi zakątkami, aby w razie zupełnéj utraty wzroku, która go podobno czeka, mógł bez cudzéj pomocy chodzić przynajmniéj na swoim gruncie. Ponieważ Hyrtl jest znakomitym filologiem, więc słownik jego, jeżeli go ukończy, będzie niezawodnie znakomitym przyczynkiem i do dziejów nauk lekarskich.

* **Praga czeska.** Pod redakcyją prof. Eiselta wychodzić będzie dzieło zbiorowe o patologii i terapii w języku czeskim. Dzieło to obejmować ma 200—250 arkuszy druku i ukaże się w miesięcznych 4-arkuszowych zeszytach; w drodze prenumeracyjnéj zeszyt kosztować będzie tylko 60 ct. W pracy téj oprócz lekarzy praskich udział wezmą i znakomitości czeskie po za krajem bawiące, a mianowicie: prof. Albert w Insbruku, proff. E. Hofmann i Chwostek (we Wiedniu), prof. Lambl (w Warszawie).

* **Petersburg**. Profesorowie akademii medyko-chirurgicznéj postanowili „ze względu na zakres wykładów lekarskich dla słuchaczek płci żeńskiéj, oraz na pracowitość i praktyczne zasługi tych ostatnich, wyjednać u władzy pozwolenie przypuszczania tychże słuchaczek do egzaminów na stopnie naukowe zarówno z mężczyznami, którzy kończą kurs w uniwersytetach i w akademii“. *(Kur. Warsz.)*

* **Mianowania i odznaczenia**. Byli profesorowie akademii józefińskiéj w Wiedniu Bernatzik i Engel otrzymali tytuł radzców rządowych, a prof. Hauska krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa; wszyscy trzéj z powodu przeniesienia w stan spoczynku. — Psychijatryk Dr. E. Levinstein w Neuschöneberg pod Berlinem otrzymał tytuł tajnego radzcy zdrowotnego.

Proff. nadzw. uniw. warszawskiego: Kosiński, Jefremowski i Trautvetter mianowani zostali proff. zwyczajnymi: piérwszy kliniki chirurg. wydziałowéj, drugi kliniki chirurg. szpitalnéj i chirurgii teoretycznéj, ostatni chorób skórnych i syfilitycznych. — Asystent i docent fizyjologii w Budapeszcie Dr. Ferdynand Klug mianowany prof. nadzw. — Dr. J. Kollmann prof. nadzw. w Monachijum powołany na katedrę anatomii opisowéj w Bazylei.

* **Nekrologija**. Umiejętność poniosła znów niepowetowaną stratę: d. 11 b. m. umarł w Paryżu Klaudyjusz Bernard (urodzony d. 12 lipca 1813 r.) profesor fizyjologii i członek akademii. Na mocy uchwały parlamentu, zapadłéj w skutek wniosku ministra oświaty p. Barboux zwłoki wielkiego badacza pochowane zostaną na koszt państwa; — rzadkie to odznaczenie godne takiego męża!

W Paryżu zmarł Dr. Hirtz, do r. 1871 prof. w wydz. lek. w Strasburgu; w Lipsku Ernest Weber, słynny prof. anatomii i fizyjologii, w 83 roku życia. — Dr. A. Wagner lekarz powiatowy we Wiedniu zmarł w 35 roku życia zaraziwszy się błonicą.

Sylwester Łuczkowski rodem z Chełma, gub. lubelskiéj wychowaniec uniw. warsz. † w 25 roku życia na dur w Frateszti; w Zamościu † Dr. Władysław Skubowicz również na dur w 43 roku życia.

Redakcyja otrzymała:

SZEPAROWICZ Dr. J. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. Część 1. Kraków 1877, 8vo str. 80. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.)

Rozprawy i Sprawozdania z posiedzeń Komisyi balneologicznéj Tow. lek. krak. z r. 1877. Kraków 1878, in 8vo, str. LIII i 79 z ryciną. (Zawiera historyję zawiązania się Komisyi w Tow. lek. krak., protokóły z posiedzeń, oraz artykuły prof. Korczyńskiego, Lutostańskiego, Sciborowskiego, Blatteisa, Hoffa i prof. Olszewskiego.

Piśmiennictwo lekarskie. Prof. DUMREICHER: Uiber die Nothwendigkeit von Reformen des Unterrichtes an den medicinischen Facultäten Oesterreichs. Wien 1878, A. Hölder. in 8vo, 56 str. 90 kr.

C. LOMBROSO: Sulla medicina legale del cadavere, secondo gli ultimi studi di Germania ed Italia. Tecnica-Identità, Fisiologia del cadavere, Legislazione. Torino Fr. Bocca. 1877, 8vo, str. 200.

CLAY C.: The Complete Handbook of Obstetric Surgery. With 101 Illustrations. 12. Philadelphia. sh. 10.

FERRARI P.: La sifilide ereditaria studiata in relazione alla clinica, all'igiene ad alla medicine legale. 8. Pisa. L. 3. 50.

GUENEAU de MUSSY H.: Aperçu de la théorie du germe contage, de l'application de cette théorie à l'étiologie de la fièvre typhoïde, considérations sur les moyens prophylactiques. 8. Paris. Germer Baillière et Co. Fr. 1½.

KOEBERLÉ E. De l'hémostase définitive par compression excessive. Avec 26 fig. gr. 8. Strassburg. Schultz et Co. M. 3.

LEBERT H. Die Krankheiten des Magens klinisch u. mit besonderer Rücksicht auf Hygiene u. Therapie bearbeitet. gr. 8 Tübingen. Laupp. M. 10.

ROSENTHAL. Traité clinique des maladies du système nerveux. Trad. de l'allemand sur la 2 éd. par Dr. Lubanski In 8. Paris G. Masson. Fr. 15.

SCHNEIDER FR. Verbreitung und Wanderung der Cholera. Graphisch dargestellt nach Beobachtung der grossen Seuchenzüge durch Indien u. weiter durch Asien u. Europa. M. 5 Karten. Tübingen Laupp. M. 3.

WITKOWSKI G. Structure et fonctions du corps humain. 8 livraisons. In 8, avec 400 gravures sur bois. Paris. Lauwereyns. à Fr. 1¼.

— Atlas: le corps humain, la tête et le cou, l'oeil, le larynx, le crâne et le cerveau. Planches coloriées et superposées. Paris. Lawereyns. Fr. 14.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **Wtorek** dnia 19 lutego (wyjątkowo z powodu posiedzenia Akademii umiejętności) o godzinie 5téj posiedzenie zwykłe, na którém 1) kol. Jordan opowie przypadek położniczy i okaże odnoszący się do niego wyrób anatomiczny; 2) kol. Wurst mówić będzie o wartości ezerynu w jaskrze; 3) kol. Skórczewski odczyta dalszy ciąg swéj pracy o leczeniu atonii żołądka i jelit.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. K. w Ł. Artykuł otrzymaliśmy i i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelca.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 23 Lutego 1878. № 8. Rok XVII.

I. Uwagi nad terapiją wieku dziecięcego.

Skreślił Dr. A. Kwaśnicki.

Nie są to zbyt odległe od nas czasy, w których cały szereg pokoleń działał i myślał podług pojęć, ujętych w dogmatyczne formuły, a wypowiedzianych przed wiekami. Umiejętność krytyczna potrzebuje szerokiéj podstawy w wiedzy wszechstronnéj; a ponieważ nauki przyrodnicze dopiéro w naszém stuleciu uczyniły ten krok olbrzymi, który je nietylko zbliżył, ale i włączył w zakres nauczania lekarskiego, nie dziwnego, że i lekarze kupili się pod sztandary mistrzów, wierzyli w formuły przez nich wypowiedziane, że odwoływali się do aforyzmów w tém samém przeświadczeniu, jak dzisiejsi fizycy powołują się na prawo Archimedesa, Mariotta, lub Toricellego.

Zapewne, że wielkie szkoły winny mieć swe podania, gdyż każda zdobycz na polu wiedzy jest, że się tak wyrażę, utkaniem z nici przez poprzedników uprzędzonych, przynajmniéj takiém jest prawo postępu prawidłowego; lecz toż samo prawo upoważnia, a poniekąd i nakazuje nam rozpatrzeć się od czasu do czasu, ażali w czynnościach naszego zawodu nie hołdujemy fanatycznie takim ogólnikom, w które, jak w dogmat więcéj wierzymy, aniżeli je rozumiemy i czy te ogólniki nie są kamieńmi na przepaścistéj ścieżce zawodu lekarskiego?

Nieco trudniejsze zbadanie wpływu leków na ustrój dziecięcy, dla braku kontroli objawów podmiotowych, stanęło na zawadzie ustaleniu dawek poszczególnych leków, zadawanych w wieku dziecięcym. Gaubius, jeśli nierozplątał, to rozciął ten węzeł gordyjski, utrwalając w medycynie tablicę dawek dziecięcych w stosunku do dawki osoby dorosłéj, a liczby te do dziś jeszcze są wypisane na naczelném miejscu formularzy farmakologicznych; są one następujące:

Jeśli dawkę dla osoby dorosłéj oznaczymy przez 1 to dla dziecięcia wyżéj 1go roku odpowiada $^1/_{15}$ — $^1/_{12}$.

Dla dziecięcia wyżéj	2 lat	$^1/_8$
„ „ „	3 „	$^1/_6$
„ „ „	4 „	$^1/_4$
„ „ „	5 „	$^1/_3$
„ „ „	14 „	$^1/_2$
„ „ „	20 „	$^2/_3$
Od 20 do	60 „	1.

Zaiste, rozpatrując się w téj tablicy, sądzić można, że między ustrojem osoby dorosłéj a dziecięcym zachodzi różnica tylko w latach, w rozmiarach, w wadze; a wszakże sam wzgląd na codzienne doświadczenie, że najstrawniejszy dla osoby dorosłéj pokarm, jakim jest np. mięso, jest dla niemowlęcia szkodliwym, wymownie przekonywa, że zachodzą tu różnice nietyle ilościowe, ile jakościowe, że są pewne swoistości czynnościowe ustroju dziecięcego, które należy uwględnić.

Już ta jedna okoliczność, że sok żołądkowy u niemowląt aż do okresu pierwszego ząbkowania posiada odczyn alkaliczny, stawia chemiczne działanie lekarstw w tym wieku w warunkach zupełnie sprzecznych z temi, jakie znajdujemy u osób dorosłych. Sceptyczny Buchheim, założywszy sobie zadanie zbadania, pod jaką postacią leki dostają się do krwi, śledził badawczo wpływ powinowactwa chemicznego soku żołądkowego, żółci itd. do leków, lecz w swéj farmakologii zamilcza o wieku niemowlęcym; chociaż pytając się matki, czy jéj osesek wymiotuje mleko zupełnie płynne (co oznacza nadmiar wchłoniętego pokarmu), czyli też zsiadłe i kwaśno cuchnące (co zależy od zadziałania na sérnik kwasów, powstałych z rozkładu nadmiernie wydzielonego śluzu przez zajętą nieżytem błonę śluzową żołądka), przezto samo stwierdzamy, że odróżniamy te dwa stany, z których piérwszy jest fizyjologicznym i że alkaliczność soku żołądkowego u niemowląt oddawna znaną jest lekarzom, chociaż nie uwzględnioną przez terapeutów.

Anatomija topograficzna poucza nas, że dzieci do 10go miesiąca życia nieposiadają żołądka z wykształconym dnem, że narząd ten przedstawia rodzaj workowatego rozszerzenia przełyku, a przezto zbliża się postacią do żołądka zwierząt mięsożernych; okoliczność ta jest wielce zastanawiającą, gdyż

niemowlę spożywając przez piérwsze 10 miesięcy swego życia wyłącznie pokarm matczyny, jest zupełnie zbliżonem do mięsożernych. Walcowata postać żołądka u dzieci w 1ym roku życia jest przyczyną téj łatwości, z jaką odbywają się wymioty w tym wieku, i ta okoliczność winna o tyle zwrócić uwagę terapeuty, że może on działać śmieléj z środkami wymiotnemi u dzieci, aniżeli w wieku dojrzałym. Nigdy nie spostrzegałem u dzieci, przy zastosowaniu środka wymiotnego tych mdłości, bladości, upadku tętna, potów obfitych, słowem zadziałania emetyku na mózg, względnie na system naczynioruchowy, jak również po wymiotach nie wpadają dzieci w jakieś rozwiotczenie mięśniowe, któremu ulegają osoby dorosłe.

W jesieni r. 1875 panował w Paryżu nagminnie dur brzuszny; oddział prof. Bouchuta przepełniony był cierpiącemi na tę chorobę. Prof. Bouchut jest tego przekonania, że ponieważ piérwsze objawy duru polegają na wymiotach (nie zawsze), na zatrzymaniu stolca, lub już powstającéj biegunce, a następnie na podniesieniu ciepłoty, zatém istoty zakaźne i gorączkotwórcze w durze dostają się do ustroju najpierw przez kanał pokarmowy; na podstawie tego mniemania osnuł on swój sposób poronnego leczenia duru, polegającego na zadaniu środka wymiotnego, mianowicie emetyku, który jednocześnie i obniża ciepłotę, i na zastósowaniu leku czyszczącego, jeśli chory nie ma objawu bębnicy, a posługując się alkalijami, które powstrzymują fermentacyję, przestrzega przed środkami czyszczącemi kwaśnemi, gdyż kwasy sprzyjają rozwojowi zaczynu.

Nie jest moim zamiarem ocenianie metody prof. Bouchuta; będąc w zgodzie z mém założeniem, w téj chwili jednostronnie tylko korzystam z jéj zastosowania, a mianowicie, że zadanie emetyku w przeszło stu przypadkach poczynającego się duru brzusznego, nie wywołało żadnych następstw niekorzystnych; tablice ciepłoty stale wykazywały opadnięcie gorączki do stopnia prawidłowego (co trwało zwykle dobę); nigdy nie spostrzegałem bolesności brzucha, bębnicy, powstania biegunki, słowem tych następstw, których u osób dorosłych obawiać się jesteśmy uprawnieni. Dwie sekcyje, gdyż tylko dwa przypadki śmierci miały miejsce na rzeczonym oddziale, nie zdradzały zadraźnienia błony śluzowéj przewodu pokarmowego, nie było wcale nadżerków, a kępki Peyera przedstawiały się jako szaro-czerwone wypuklenia, hyperplastycznie powiększone, bez śladu owrzodzenia, co zresztą jest prawie stałym objawem duru brzusznego u dzieci.

A zatém, nieuzasadnioném byłoby stósowanie się do tabelki Gaubiusa w zadawaniu emetyku dzieciom, i lekarze praktyczni już dawno wyłamali się od niéj w téj mierze, gdyż znoszenie tego środka nie pozostaje w prostym stosunku do wieku chorego, a jak doświadczenie poucza, dzieci go znoszą bezkarnie nawet w takich dawkach, jakie polecamy osobom dorosłym.

Ruch robaczkowy jelit u dzieci jest o wiele silniejszym, aniżeli u dorosłych. Zapewne objaw ten należy odnieść do większego wydzielania się żółci, która podrażniając jelita, na drodze odruchowéj ruch ten wywołuje; o większém wytwarzaniu się żółci wnoszę ze stosunku wymiarów i wagi wątroby u dzieci do reszty ciała, które są większe od podobnegoż stosunku u osoby dorosłéj. Zanim dzieci wyrobią siłę mięśniową, ruchy ich oddechowe są słabe, i tém słabsze, czém dziecię jest mniejsze, a w następstwie i dostęp tlenu do płuc i sprawy ukwaszenia stoją na niższym stopniu u dzieci, aniżeli u osób dorosłych; w świecie zwierzęcym jest wiele przykładów dozwalających porównania, że czém mniéj dostaje się do płuc tlenu, tém wątroba jest większą, jak to ma miejsce u ryb, u płodu, u mieszkańca krainy międzyzwrotnikowéj itd. Czy zachodzi przyczynowy związek między stopniem ukwaszenia i wymiarami wątroby, a względnie jéj dzielnością czynnościową, w myśl ostatnich pojęć lekarzy francuskich, którzy przypisują wątrobie czynności dysasymilacyjne, tj. doprowadzanie utlenienia istot azotowych do najwyższego stopnia, do mocznika, i czy u istot niedostatecznie doprowadzających tlen do ustroju, wątroba ma zadanie zastępcze i dlatego jest większą, gruntowna odpowiedź na to pytanie wyjść może tylko z pracowni bijologicznéj i fizyjologicznéj. Dla mnie obecnie wielkiego znaczenia jest utwierdzenie się w przekonaniu, że ruch robaczkowy jelit u dzieci jest o wiele silniejszym, aniżeli w wieku dojrzałym, i że piérwszém jego następstwem jest częstsze, aniżeli u dorosłego, oddawanie stolca. Pewnik powyższy łączę w fizyjologiczną całość z drugim, że dzieci wydzielają o wiele więcéj moczu, aniżeli osoby dojrzałe, a stosunek ten podług Moslera wyraża się w następujących liczbach: na jeden kilogram wagi ciała wydziela moczu w ciągu doby człowiek dorosły (mężczyzna) 39·9 gram, podczas kiedy dzieci wydzielają 78 gram. To szybkie wydalanie z ustroju (moczu i kału) polegać musi na szybkości zamiany istot i na szybkości wydzielania, czyli s p r a w a w y d z i e l a n i a i w y d a l a n i a, k r ą ż e n i a s o k ó w i w s z y s t k i e r o ś l i n n e c z y n n o ś c i u s t r o j u o d b y w a j ą s i ę u d z i e c i z d z i e l n o ś c i ą, k t ó r é j w i e k d o j r z a ł y n i e p o s i a d a. Podkreślam te wyrazy, gdyż w szybkości wyprowadzania z ustroju ciał jemu obcych, w dzielności, jaką się odznaczają u dzieci te naturalne sączki, upatruję przyczynę trudnego powstawania ropnicy w wieku dziecięcym; często się zdarza, że po ospie liczne ropnie powstają w tkance podskórnéj dziecka, a chociaż stosunek ich do sieci Malpighiego, do naczyń chłonnych jest bezpośrednim, ropnie te przebiegają najczęściéj bez gorączki, gdyż nagromadzenie w ustroju ciał gorączkotwórczych nie ma miejsca.

Temuż szybkiemu wydzielaniu i wydalaniu ustroju dziecięcego przypisuję tę odporność, jaką ten ustrój się odznacza, przeciw otruciu kruszcami. Jeśli u osób dorosłych, cierpiących na nérki, wywołanie ślinotoku rtęciowego jest sprawą kilku dni, jeśli i u zupełnie zdrowych ludzi objaw ten jest wcześniéj lub późniéj niechybnym, dzieci prawie bezkarnie znoszą kilkotygodniowe wcierania szaruchy.

Arsen również dobrze i zapewne dla tychże samych powodów jest znoszonym przez ustrój dziecięcy: kiedy na jednym z oddziałów szpitali krakowskich, gdzie czujność umiejętna i sumienność nie ulegają żadnéj wątpliwości, skarżą się koledzy na nieznoszenie 12 kropel roztworu Fowlera przez niektóre osoby dorosłe, w szpitalu dzieci św. Ludwika leczy z najpomyślniejszym wynikiem prof. Jakubowski zakażenia zimnicze powyższym przetworem arsenowym, podając go 10 letnim dzieciom po kropel 10 na dobę i to w ciągu najmniéj miesiąca; drugi rok jestem świadkiem tego lekowania, a jeśli nie tu miejsce wspomnieć o jego zbawiennych skutkach, to tylko namienię, że ani jednego przykładu nieznoszenia nie spostrzegałem.

A zatém przy unormowaniu dawek rtęci i arsenu w wieku dziecięcym nie należy się powoływać na tablicę Gaubiusa, jeśli chcemy uniknąć niekorzystnych następstw, jakie spostrzegamy przy polecaniu dawek niedostatecznych.

Są jeszcze dwa leki posiadające swoistą siłę działania na ustrój dziecięcy, a piérwszy z nich zajmuje naczelne miejsce w leczeniu; chcę mówić o makowcu i wilczéj jagodzie.

Jest to pewnikiem powszechnie znanym, że przetwory makowca działają gwałtownie na ustrój dziecka i jeśli do téj pory mówiliśmy o środkach lekarskich, które dzieci bezkarnie znoszą i w dawkach zalecanych osobom dorosłym, to makowiec stanowi to przeciwieństwo, że czasami działa trująco w ilościach bardzo małych, o wiele mniejszych, aniżeli to wypadałoby podług obliczań Gaubiusa. Nie kuszę się o wytłumaczenie tego działania, lecz czuję się uprawnionym do przypuszczenia, które jest w zgodzie z myślami powyżéj wypowiedzianemi: jeśli rtęć, arsen itd. uważałem dlatego za tak łatwo znoszone przez ustrój dzieci, że w ustroju tym odbywa się sprawa asymilacyi i dysasymilacyi z niezwykłą szybkością, że wydalenie z ustroju jest bardzo rychłém, to na pytanie, czy przy zadawaniu makowca nie wytwarzają się okoliczności wprost przeciwne, odpowiadam twierdząco, że makowiec działając na układ naczynioruchowy i wywołując skurcz naczyń włosowatych powstrzymuje wydzielanie gruczołów błon śluzowych i dlatego u chorych na piersi plwociny zmniejszają się, biegunka ustaje itd. a chociaż autorowie piszą, że makowiec nie działa na wydzielanie moczu, znajdowałem zawsze pęcherz przepełniony u dzieci, często na wschodzie zatruwanych przez matki, dające dzieciom „pigułki nasenne". W zatrzymaniu wydzielin, w leniwéj asymilacyi i dysasymilacyi widzę źródło nagromadzania się makowca w ustroju i jego kumulacyjnego na dzieci działania.

Już przed kilku laty Fuller zwrócił uwagę lekarzy, że dzieci znoszą przetwory wilczéj jagody w takich dawkach, które są trującemi dla osób dorosłych. Farquharson podawał dzieciom od 15 miesięcy do 5 lat nalewkę wilczéj jagody w ilości od 20 do 30 kropel dziennie. Jestem przeświadczony, że przykład Farquharsona nie znajdzie naśladowców, ale zwraca on na się uwagę lekarza i zdumiewa swoją osobliwością.

Przed 10 laty wezwany byłem do 9-letniego chłopca, który będąc świadkiem dokonanego zabójstwa, dostał napadów drgawek, powtarzających się kilka razy dziennie. Poleciłem siarkan atropinu w kroplach, w dawce po $^1/_{150}$ ziarna dwa razy dziennie; kilkomilowa przestrzeń dzieląca chorego od miejsca mego pobytu, zapewnienia rodziców, że dopełnią ściśle mych zleceń, upoważniły mnie do zapisania powyższego roztworu na dni ośm (również nie godne naśladowania); w 48 godzin po méj wizycie przybył do mnie ten sam chory, wraz z ojcem, prosząc o powtórzenie lekarstwa, gdyż poprzednio zapisane już się skończyło. Z wyjątkiem rozszérzenia źrenic i to nie ad maximum, nie spostrzegałem żadnych objawów otrucia. Natomiast znany mi tu jest przypadek w Krakowie, w którym osoba dorosła, po dwukrotném wkropleniu do oka atropinu (0·1 na 10·0) dostała gwałtownych przypadów otrucia. O ile więc dzieci nie znoszą przetworów makowca, o tyle ustrój ich nie oddziaływa na wilczą jagodę, a rzecz godna uwagi, że jako najskuteczniejszy środek przeciw otruciu wilczą jagodą polecaném bywa zastrzykiwanie podskórne morfinu (Wyrzykowski).

Nie znamy dawek przetworów makowca i wilczéj jagody w wieku dziecięcym; tablica Gaubiusa nie ułatwia nam ich unormowania, tylko kliniczne spostrzeżenia stanowczo w przyszłości tę sprawę rozstrzygną.

Wodnik chloralu ma tę osobliwość w terapii dziecięcéj, że nie tylko jest środkiem nasennym, ale jednocześnie i znieczulającym. Wszystkie pomniejsze a bolesne rękoczyny chirurgiczne, jak wyrywanie zębów, otwieranie ropni, wyjmowanie martwaków i t. d. uskuteczniał prof. Bouchut przy pomocy znieczulenia chloralowego, zadając na dwie godziny przed wizytą 2·00 tego środka dzieciom kilkoletnim. W czasie mego pobytu w Paryżu nie zdarzył się prof. Bouchutowi ani jeden przypadek przebudzenia się w czasie operacyi, a po ocuceniu się chorzy nie skarżyli się na żadne objawy podmiotowe.

Jedna z teoryj o działaniu chloralu utrzymuje, że lek ten zetknąwszy się z alkaliczną krwią zamienia się w chloroform, i że temu ostatniemu zawdzięcza chloral swe działanie na ustrój ludzki. Teoryja ta byłaby o tyle w zgodzie ze spostrzeżeniem klinicznêm, że jeśli wiek dziecięcy znosi chloral doskonale, to również i przypadki śmiertelnych następstw chloroformowania nie są znane u dzieci. Być może, że ten przywiléj zawdzięczają dzieci niesłychanéj rzadkości wad organicznych serca, a mam na myśli wady nabyte.

Tych kilka uwag przytoczyłem na poparcie następujących twierdzeń:

a) Tablica Gaubiusa jest podstawą wadliwą dla unormowania dawek lekarskich w wieku dziecięcym.

b) Ustrój dziecka posiada swe osobliwości fizyjologiczne, które głównie należy uwzględniać przy ustalaniu tych dawek.

c) Umiejętne spostrzeganie kliniczne w szpitalach dzieci nad działaniem leków i statystyka szpitalna w stanie są wydać sąd rozstrzygający w sprawie, która w téj chwili nas zajmuje.

II. Przyczynek do rozcięcia tchawicy.

Skréślił Dr. **Józef Pauly** w Poznaniu.

1. Wziewanie przez rurkę po rozcięciu tchawicy w przypadkach dławca i błonicy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7.)

18 marca r. z. przyniesiono do mnie na godzinę ordynacyjną Wandę Schulz, dziecko $1^1/_2$ roku liczące z oddechem cechującym dławiec, zdala słyszalnym. Wywiady pouczyły mnie, iż od 10 dni trwał nieżyt, do którego dołączyły się wczoraj duszność i kaszel podobny do szczekania. Dziecko słabo zbudowane okazywało duszność w wysokim stopniu pochodzącą od ścieśnienia krtani, mocne wciąganie górnéj części brzuszka, a badanie jamy ustnéj wykazało na migdałkach miejsca wielkości grochu białą wypociną pokryte. Nagłośnia nie była pokrytą białą wypociną, tylko mocno zaczerwienioną. Natychmiast zaleciłem wziewania z kwasu mlékowego 2%, jednakowoż mimo osobistego niemi kierowania nie osiągnąłem pomyślnego rezultatu. Skutkiem tego rozciąłem przy pomocy mego ojca i brata tchawicę nie rokując źle w tym przypadku. Znieczuliwszy dziecko za pomocą chloroformu dokonałem tego rękoczynu według zasad chirurgii. Broczenie było mierne, żyły podwiązywałem podwójnie. Tchawica rozcięta była wolną od wypociny ale duszność znaczną; mały krwotok następowy na dolnym brzegu chrząstki pierścieniowéj zatamowałem przez wprowadzenie rurki krtaniowéj i wsunięcie pod nią małego tamponu zrobionego z waty. Nie założyłem szwu żadnego. Dziecko zaraz potém odzyskało oddech swobodny, ale było niespokojném, napiło się nieco mléka i wkrótce zasnęło. Brat mój towarzyszył młodéj pacyjentce aż do wsi rodzinnéj, a jemu to zawdzięczam znajomość szczegółów choroby. Tętno, które było przed operacyją 124,

waha obecnie między 96 a 120; liczba oddechów poprzednio 40, obecnie między 28 a 40, ciepłota wreszcie z rana wynosiła 37·7, wieczorem 38·9 in ano; cyfry niskie odpowiadają badaniu podczas snu dziecka, co szczególniéj u dzieci ciężko chorych zalecić możemy. Wziewania z wody wapiennéj przez rurkę krtaniową. W nocy piérwszéj po dokonaniu rękoczynu sen był dobry, w tchawicy nieco rzężeń, kilkakrotne wsysanie błon dławcowych; po południu niezbyt potrzebnie zmieniono rurkę krtaniową. Ciepłota z rana dnia następnego o godzinie 9 wynosiła 37·8, wieczór o 6téj 39·0, tętno 84, a liczba oddechów 24 z rana, wieczór 36. W nocy z 19 na 20 marca robiono 3 razy wziewania pod nadzorem ojca dziecka. W południe 20 ciepłota wynosiła znów 39·0, tętno 96, a oddechów 32 na minutę, przez dzień znów 3 razy urządził ojciec sam wziewania dla dziecka, zachęcony widoczną ulgą, jaką sprawia to postępowanie lecznicze. Język mocno obłożony, stolców było 5. W połyku mało wypociny, a rana się czyści. Zalecono kleik owsiany z winem czerwoném. Trzeciego dnia wieczorem była ciepłota tylko 38·8, tętno 96, a oddechów 32; nazajutrz w południe 38·2, wieczorem 38·5. Śluz wydobywający się z tchawicy nieco różowo zabarwiony, wziewania ustawiczne, w nocy sen dobry. Dziecko jeszcze rozdraźnione rzuca rączkami i krztusi się przy połykaniu. Wydzielina nie zamienia się w strup koło rurki krtaniowéj. Przy badaniu po wyjęciu rurki za pomocą zwierciadełka widać, jak podczas połykania mléka spływa po tylnéj ścianie tchawicy prążek biały, który staje się po chwilce przyczyną zakrztuszenia się. Zalecono pokarmy na wpół płynne. 22 marca w południe była ciepłota 37·8, dziecko niespokojne, kaszle często, krztusi się; w moczu nieco białka. Rana i błona śluzowa tchawicy zaczerwieniona. Celem zapobieżenia krztuszeniu się zaimprowizowano rodzaj rurki z tamponem według metody podanéj przez Trendelenburga tj. ustalono tampon powyżéj rurki krtaniowéj. Przy użyciu tego sposobu ulatwiono bardzo połykanie dziecku.

Tegoż dnia wynosiła ciepłota wieczorna 38·8, a nazajutrz doszła do 39·1 i dziecko było bardzo niespokojném. Skutkiem tego postanowiono usunąć rurkę podwójną i zastąpić ją rurką Lissardsohna z obszerną szparą w części górnéj. Po zatkaniu otworku przodkowego koreczkiem oddycha dziecko swobodnie, a kaszel odzyskuje swój dźwięk właściwy. 26 marca usunięto już i tę rurkę ze szparą; gorączka obniżyła się nieco w dniach następnych, tak że 27 wynosiła tylko 38·2. Kaszel jeszcze częsty i dość mocny, na migdałkach wypocina biała w postaci kropek, a w moczu ani śladu białka. Rany zagoiła się w ciągu następnego tygodnia, a w przeciągu dwu tygodni potém dziecko zupełnie wyzdrowiało.

Przypadek niniejszy obszerniéj nieco opisany stanowi o jeden więcéj dowód, iż i dzieci poniżéj dwu lat szczęśliwie przebyć mogą rozcięcie tchawicy. Z pomiędzy czworga dzieci poniżéj lat dwu, którym tchawicę rozciąłem, wyzdrowiało dwoje, chociaż wprawdzie jedno mające 15 miesięcy musiało przez dwa lata oddychać przez rurkę krtaniową z powodu ścieśnienia krtani przez wybujałą ziarninę. *(Centralblatt für Chirurg.* 1877. Nr. 45.)

Im mniejszą jest krtań, tém nieznaczniejsze zmiany chorobowe wywołać mogą groźne objawy zwężenia krtani, tém też bardziéj wskazany jest rękoczyn odpowiedni, który jednak powinien być wcześnie wykonany. Dowodzi tego następujący smutny przypadek zakończony mimo niezbyt groźnych przypadów śmiercią, któraby rozcięcie tchawicy może było odwróciło. U dzieck a6-miesięcznego (Marta Gruszewiczówna, mieszkanie piwniczne) wykryto przy badaniu podjętém 25 października sapkę, chrypkę bez jakiegokolwiek śladu duszności. Ciepłota 38·5 in ano. Zalecono przestrzykiwania nosa letnią wodą słoną i środek wymiotny. Nazajutrz z rana duszność, wciąganie górnéj części brzuszka, ale migdałki wolne. Przy naradzie odbytéj z 2 kolegami stwierdzono ciepłotę 39·0, tętno 180, liczbę oddechów 80; szmer oddechowy jest krtaniowym, ale nie ma tych cech, jak przy dławcu, kaszel nie jest szczekającym, a wciąganie górnéj części brzuszka mierne. Trudno stanowczo rozróżnić zapalenie płuc nieżytowe z zapaleniem krtani od dławca *(Jürgensen [Ziemssens Lehrbuch]* Bd. V. 1, pag. 232.), a w razie pierwszym rozcięcie tchawicy prawie nie jest wskazaném. Zalecono kąpiel ciepłą, maść szarą; rękoczyn odłożono do południa. O godzinie 2giéj jednak po południu znalazłem ciepłotę 42° 5 in ano, a więc zaniechałem rękoczynu; w 3 godziny później śmierć nastąpiła. Oględziny zwłok pośmiertne wykazały, iż połyk był zupełnie wolny, muszle nosowe zapalnie obrzękłe, a od powierzchni tylnéj nagłośni począwszy aż do połowy tchawicy błony dławcowe; w płucach następowa rozedma. Z rana tegoż dnia można było śmiało do rękoczynu przystąpić. W piśmiennictwie francuskiém napotykamy kilka przypadków szczęśliwie dokonanych rękoczynów u dzieci nawet poniżéj roku, a Winiwarter *(Jahrb. f. Kinderheilkunde 1876.)* opisał przypadek podobny u dziecka 10-miesięcznego.

Co się tyczy mego powyżéj opisanego przypadku to zachęcały przedewszystkiém do wykonania rękoczynu nizka ciepłota i brak zmian chorobowych w oskrzelach. Czy wziewania przez rurkę krtaniową urządzone, były w tym przypadku koniecznemi, nie można twierdzić stanowczo, jednakowoż w każdym razie przyniosły one znaczne korzyści, gdyż sprawiały choréj ulgę, zapobiegały wytwarzaniu się strupów w rurce, a co najważniejsza, nie wymagają tak częstego odmieniania i czyszczenia cewek krtaniowych, co szczególniéj w pierwszych dniach po dokonaniu rękoczynu na znaczne napotkać może trudności. Lecz i na drugą jeszcze okoliczność muszę nacisk położyć tj. na krztuszenie się dziecka przy połykaniu, co często się zdarza w przypadkach błonicy bez względu na to, czy dokonano cięcia krtaniowego, lub też nie. Müller *(Langenbecks Archiv — Bd. 18)* zauważył zresztą, że i po rozcięciu krtani w celu zapobiegawczym celem wypiłowania kości górnoszczękowéj, chory uległ zapaleniu płuc powstałemu przez napływanie wydzielin połykanych. Okoliczność ta zawdzięcza powstanie dwom przyczynom tj. nie tylko są porażone mięśnie zamykające krtań ale i błona śluzowa krtani aż po granicę tchawicy jest nieczułą, skutkiem czego w powyżéj opisanym przypadku można było widzieć prążek mléka głęboko do tchawicy spływający, zanim nastąpiło krztuszenie. Stwierdziły zresztą to zapatrywanie oddawna badania Leubego *(Deutsches Archiv VI. Neuropath. Mittheilungen aus der Erlanger Klinik 26.)* i Ackera *(Deutsches Archiv. XIII 416 Lähmung u. Diphtherie)* dokonane z pomocą zgłębnika krtaniowego i uzasadniły przypuszczenie Webera, który porażenia występujące po błonicy przypisuje miejscowym zmianom chorobowym ograniczającym odpowiednie gałązki nerwowe, jak np. przy porażeniach mięśni krtaniowych zmianom chorobowym ulega nerw krtaniowy górny, a znieczulenie błony śluzowéj tchawicy powstaje skutkiem choroby nerwu wstecznego, który tchawicę zaopatruje gałązkami czuciowemi.

Co do powstawania zapalenia płuc skutkiem napływania do tchawicy wydzielin nie znajduję w piśmiennictwie

lekarskiém szczegółów bliższych; w każdym razie okoliczność ta zasługuje na uwagę, a ponieważ dzieci bardzo trudno karmić czy to za pomocą zgłębnika żołądkowego, czy to za pomocą lewatyw odżywczych, przeto bardzo w takich razach się nadaje użycie cewek krtaniowych z tamponami, które dwa razy dziennie wkładałem i dawałem wówczas dziecku znaczną ilość napoju, zresztą zaś tylko pokarmy na wpół płynne.

Ponieważ porażenie dopiero po kilku dniach występuje, a rana już wówczas zamienioną zostaje w kanał otwarty, przeto tak wprowadzenie tamponu jak i rurki krtaniowéj niemal już żadnéj nie przedstawia trudności. Dla dzieci szczególnie przedstawia dużo zalet rurka krtaniowa skonstruowana według metody podanéj przez Beschornera *(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie II 4 u. 5.)*

Trzy inne przypadki rozcięcia tchawicy z pomyślnym przebiegiem więcéj jeszcze niż pierwszy, przemawiają za skutecznością wziewań przez cewkę krtaniową.

26 stycznia r. z., przedstawiono mi dziewczynkę liczącą $2\frac{1}{2}$ roku z błonicą zajmującą połyk. W 3 dni późniéj oddech świszczący. Zaleciłem wziewania z kwasu mlékowego. O godzinie $2\frac{1}{2}$ po południu rozciąłem tchawicę dziecku we własném pomieszkaniu przy pomocy kol. Finka. Z powodu zakrycia chrząstki tarczykowéj gruczołkiem tegoż nazwiska zrobiłem cięcie poniżéj, co mi się z łatwością udało. Przy rozcięciu tchawicy wykrztusiło dziecko znaczną ilość błon wypocinowych. Zaleciłem wziewanie kwasu mlékowego przez rurkę krtaniową najpierw co 2 godziny; późniéj przeszedłem do wody wapiennéj, a skutek był tak wyśmienity, pomimo że przypadek należał do wcale ciężkich, jak tego przebieg gorączki dowodził, iż leczenie następowe niemal wcale nie było potrzebne, i wystarczyło zupełnie kilka odwiedzin, które jako wyzdrowieniec po przebyciu duru plamistego zrobiłem.

Ciepłota wahająca się najpierw między 38 a 39·5, spotęgowała się 1 września do 40° C. i wynosiła jeszcze $^{7}/_{9}$ 40·2, a $^{10}/_{9}$ po raz pierwszy obniżyła się do stanu prawidłowego; dla tego usunąłem rurkę krtaniową. Przeciw krztuszeniu się zaleciłem pożywienie miazgowate ze skutkiem odpowiednim; zabroniłem picia przez dni kilka.

Na zakończenie tego drugiego przypadku ośmielam się dorzucić tylko tę uwagę, że przecięcie tchawicy poniżéj gruczołu tarczykowego nie jest tak trudném, jak sądzą powszechnie, a nawet jest łatwiejszém do wykonania, niż przecięcie powyżéj, które od czasów Huetera i Bose'go *(Langenbecks Archiv XIV.)* zyskało prawo obywatelstwa.

Trzeci przypadek dotyczy dziecka trzechletniego naszego tutejszego kolegi Friedlaendera, które 19 września r. z. zachorowało na błonicę migdałków a 21 oddychało świszcząco, a trudności w oddychaniu wzmogły się do tego stopnia, iż na życzenie ojca przystąpiliśmy z kol. Samterem o godzinie 9 wieczorem do rozcięcia krtani w wysokości chrząstki pierścieniowéj. Po przecięciu jéj, kiedy rozszerzyłem ranę ku dołowi przecinając pierwszy pierścień tchawicy, a nie zasłoniwszy gruczołu tarczykowego hakiem tępym, powstał dosyć silny krwotok z górnego brzegu gruczołu tarczykowego; dla tego czémprędzéj wprowadziłem rurkę krtaniową, założyłem tampon pod rurkę i zaleciłem wsysanie. W godzinę późniéj tętno 160, ciepłota 39·5, oddechów 48. Pod względem rokowania zaliczyliśmy przypadek ten do dosyć ciężkich, lecz na nas wszystkich a szczególniéj na ojcu robił ten przypadek takie wrażenie, że zejście pomyślne bez wziewań nie byłoby możebném. Zaleciłem je téż robić co dwie godziny nawet w nocy, ze skutkiem nader dobroczynnym; lepka wydzielina sprowadzająca częste napady duszności topiła się pod wpływem wziewań, nastąpiły rzężenia dużobańkowe, a dziecko wykrztuszało śluz obficie, a raz nawet błonę tęgą, widełkowato rozgałęzioną, co stanowi dowód, że dławiec zajął już i oskrzela. Tchawica okazała się wysłaną grubą białą błoną; ciepłota wahająca się między 38·8 z rana i 39·8 wieczorem, obniżyła się dopiero $^{28}/_{9}$ do 37·5 z rana, a 38·0 wieczorem. Przez pierwsze 5 dni ani razu nie trzeba było zmieniać rurki krtaniowéj, a w ogóle zmieniono ją tylko 2 razy. Rana uległa również błonicy, a zaczerwienienie skóry sięgało aż do połowy mostka. Ponieważ charkociny okazywały krwawe zabarwienie, przeto użyliśmy cewki podwójnéj, a nie chcąc wywołać wrzodu z ucisku rurki, usunęliśmy ją dnia 12. Rana zabliźniła się po 5 dniach. Następstw porażenia mięśni zamykających krtań uniknęliśmy przez unikanie napojów. Aż do połowy października trwał jeszcze silny nieżyt oskrzelowy z lekką gorączką, ale dziecko przecież ku naszéj radości wyzdrowiało.

Już po napisaniu niniejszéj rozprawki przeciąłem tchawicę przy łaskawéj pomocy kol. Friedlaendera i Knypińskiego u córeczki pastora z P., liczącéj lat $4\frac{3}{4}$, u któréj 10 listopada r. z. w południe pojawiły się wybitne przypady dławca. Kolega K. zalecił lek wymiotny, potém kalomel; wieczorem ciepłota była 39·5 a oddechów 56. Połyk wolny, gruczoły nieobrzmiałe. Zaleciłem wodę wapienną z ługiem sodowym (1:400). 12 listopada z rana przeciąłem tchawicę poniżéj gruczołu tarczykowego, ale już wtenczas z tyłu po stronie lewéj wykryło opukiwanie wybitne stłumienie; dla tego téż liczba oddechów była ciągle od 36 do 40. Dziecko delikatne, skłonne do krwotoków z nosa, oddychało z widoczną ulgą, dzięki nader troskliwéj opiece i wziewaniom co 2 godz. urządzonym. Wykrztuszanie błon ustało już $^{14}/_{11}$, ale plwociny były jeszcze bardzo obfite skutkiem zapalenia płuca lewego, a chociaż 22 listopada, kiedy już gorączka zupełnie ustąpiła, usunęliśmy rurkę krtaniową, to jednak mieliśmy jeszcze kilka dni pełnych obawy, ponieważ wieczorem po usunięciu rurki znów się gorączka spotęgowała, a stłumienie po stronie lewéj aż do kąta łopatki znacznie się wzmogło. 24 z rana o godzinie 8 oddychało jeszcze dziecko 40—46 razy, przy ciepłocie 39·6. Wśród obfitego wykrztuszania gorączka się obniżyła, rana się zabliźniała, a ostatecznie 8go grudnia wyzdrowiało dziecko zupełnie. A więc i przy początkowém powikłaniu z nieżytowém zapaleniem płuc okazały się wziewania środkiem znakomitym.

Mojém zdaniem przyczyniły się wziewania przez rurkę krtaniową do ważnego postępu i rozpowszechnienia rozcięcia tchawicy, a to tém bardziéj, iż procent śmiertelności znacznie się przez to zmniejszył. Jeżeli do przypadków podanych przez Kuestera, Boeckera i Burowa dorzucę moje cztery co dopiero opisane, to pokaże się na 89 przypadków 52 wyleczonych czyli 59·5% wyzdrowienia. Dławiec i błonica należą do częstych przypadków chorobowych, publiczność niechętnie tylko oddaje dzieci do zakładów szpitalnych, a więc leczeniem ich zajmują się przeważnie lekarze praktyczni, a jeżeli przecięcie tchawicy zyska na popularności, to i cyfra śmiertelności w tych chorobach się zmniejszy i żaden już lekarz nie będzie liczył w swéj praktyce tyle ofiar, jak Hensgen *(Epidemie in Neustadt, Wiener med. Zeit. 1875)*, który z pomiędzy 31 przypadków śmierci u dzieci 30 przypisać musiał zwężeniu krtani i ani razu nie mógł dokonać rozcięcia krtani.

Wykonanie samego rękoczynu nie jest łatwém, jak Billroth słusznie powiada. Nie wstydzę się wcale przyznać, że nie jednego chorego straciłem i właśnie przy téj sposobności nieraz przyznawałem zupełną słuszność myśli stworzenia takich klinik przeznaczonych dla gruntownego wykształcenia lekarzy według pojęć nowoczesnych, jak je Ziemssen pojmuje. Tém bardziéj szkoła taka potrzebną jest dla wykształcenia się w chirurgii, aby osięgnąć tę pożądaną pewność w wykonywaniu rękoczynów, jakiéj właśnie przy przecinaniu krtani potrzeba. Huetera dzieło klasyczne ułatwiło tak to ostatnie zadanie, iż je każdy lekarz praktyczny zaraz wykonać potrafi, jeżeli poczuwa się do obowiązku wyczerpania wszystkich środków sztuki, zanim swego pacyjenta odda na pastwę śmierci.

Co do mnie, to zestawiłem wszystkie narzędzia potrzebne do wykonania rękoczynu, w osobném Etui (można dostać u p. Deterta w Berlinie, Französ. Str. 53); przy operowaniu w nocy używam 2 świeczników (Ravotta z refektorem), które mogą służyć i do użytku zwykłego.

W wielkiém dziele Gerharda, traktującém o chorobach dzieci nie przemawia prof. Jacobi, oparty na 100 przypadkach rozcięcia tchawicy, bardzo na pochwałę tego rękoczynu; pocieszam się jednak nadzieją, że przy użyciu wziewań osięgnie lepsze rezultaty.

III. Oceny i sprawozdania.

O wstrząśnieniu mózgu podług doświadczeń Dureta. Przez Dra Aug. Kwaśnickiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7.)

Gromadząc jak najwięcéj dowodów dla swego twierdzenia postanowił Duret wywołać drogą osobnych doświadczeń wszystkie objawy, spostrzegane przy wstrząśnieniu mózgu. W tym celu obnażył on błonę zasłaniającą, przebił ją, i do otworu wprowadził zgłębnik, którego końcem zadawał małe urazy w rozmaitych miejscach dna komórki. Ażeby doświadczenie odbywać się mogło w warunkach jak najwięcéj fizyjologicznych, Duret nie wywoływał znieczulenia chloroformowego, ażeby nie zmieniać prawidłowego natężenia tętniczego w ośrodkach mózgowych.

Kierunek pawilonu zgłębnika, długość na jaką był wprowadzany do czaszki, wskazywały Duretowi miejsca komórki 4éj, których w danéj chwili dotykał. Kierując koniec zgłębnika po linii środkowéj w górę wywoływał on za każdém dotknięciem ruchy gałki ocznéj; objaw ten ustawał, skoro urażenie nie miało miejsca. Chcąc mieć ślad niezbity dla kontroli sekcyjnéj, że ten a nie inny punkt był dotykany, wywoływał silniejszy uraz, którego ślady stwierdzają jego rysunki; owoż miejsce, którego dotknięcie wywoływało ruchy gałki ocznéj znajduje się na dolnym końcu wodociągu Sylwijusza, pod wzgórkiem czworaczym, gdzie fizyjologowie naznaczają początek nerwu okoruchowego. Przenosząc zgłębnik na część środkową dna komórki 4éj tj. do miejsca początku nerwu twarzowego, uważał za każdém dotknięciem drgnięcie w powiekach i mięśniach, okalających kąt ust. Idąc końcem zgłębnika na zewnątrz, tj. ku temu miejscu, gdzie Stilling wskazując początek części ruchowéj V pary nerwów, za każdym naciskiem wywoływał kilkorazowe rozwarcie i zaciśnięcie szczęk; posuwając zaś zgłębnik jeszcze na zewnątrz ku ciału powrózkowatemu, wywoływał przeraźliwy krzyk zwierzęcia, obok kurczów w odnogach. Obniżając zgłębnik dotykało się początku nerwu błędnego, czemu towarzyszyły znaczne czynnościowe zaburzenia oddychania i krążenia.

Podług prac Kl. Bernarda i Vulpiana ośrodek sercowonaczyniowy znajduje się w dolnéj części rdzenia przedłużonego i w górnéj rdzenia pacierzowego: chcąc więc zatrzymać ruchy serca, urażał Duret miejsce powyższe, i wynik zawsze był niezawodnym. Początek nerwu podjęzykowego jest tak blizkim początku nerwu błędnego, że chcąc podrażnić pierwszy, trudno uniknąć groźnych następstw podrażnienia drugiego; udało się jednak Duretowi wywołać wciąganie i wyciąganie języka. Miejsca dotykane potwierdziła sekcyja, a rysunki zebrane z tych wzorów anatomicznych stanowią cenny materyjał naukowy.

Zatém urażając pewne anatomicznie określone punkty rdzenia przedłużonego, wywoływał Duret u zwierząt objawy w czynnościach tych nerwów, które ulegają zaburzeniom przy uszkodzeniu ścian komórki czwartéj wstrząśnieniem mózgu. Jeśli ciecz mózgowo-rdzeniowa nagle przemieszczona i nie wywołuje wynaczynionek, to samo uderzenie o ściany komórki czwartéj, mające tak wysokie znaczenie dla życia, podrażnia początki nerwów mózgowych; lecz napór ten, jak to wyżéj wspomniałem, jest najsilniejszym w miejscu cieśniny, przy ujściu kanału rdzeniowego, gdzie ma początek nerw błędny.

Dla doświadczeń swych Duret stracił znaczną ilość zwierząt. i powiodło mu się uzyskać u rzeźników paryzkich stracenie pewnéj ilości bydła rogatego za pomocą silnych razów, zadanych głowie; wyniki były zawsze jednakie. Wywołał on doświadczalnie wszystkie trzy kliniczne stopnie wstrząśnienia mózgu, ze wszystkiemi klasycznemi objawami tego cierpienia. W miejsce niezrozumiałego rozumowania o zachwianiu się wzajemnego stosunku drobin mózgowych, przedstawia Duret obraz, składający się z szeregu uszkodzeń anatomicznych, których sposób powstawania i siedziba zdolne są wytłamaczyć objawy spostrzegane przy wstrząśnieniu mózgu. A zatém wstrząśnienie mózgu według Dureta da się określić następującemi słowami:

Wstrząśnienie mózgu jest następstwem uszkodzeń tego narządu, wywarte gwałtownem przemieszczeniem cieczy mózgowo-rdzeniowéj, jakie następuje przy zadaniu głowie silnych razów itd.; uszkodzenia te mogą znachodzić się na rozmaitych miejscach istoty mózgowéj, lecz zwykłą ich siedzibą są przestwory podpajęczynowe oraz dno komórki czwartéj, i znoszą one na czas nieokreślony, lub na zawsze, czynności mózgu.

Na tém się kończą doświadczenia Dureta, których wybitną cechą jest jasność, łączność i szeroka podstawa naukowa; przypominają one najwięcéj udatne prace mistrzów wiedzy lekarskiéj.

Niedość, że Duret trzymał się podstaw fizyjologicznych, potrafił on je zkontrolować, zwłaszcza pod względem rdzenia przedłużonego. Ten sposób postępowania doświadczalnego zjednał jego pracy cechę dobitności i wiarogodności, które tak znakomicie ułatwiają jéj przyswojenie. Mechanizm powstawania wstrząśnienia mózgu wymagał oparcia się na prawach fizyki, których uwzględnienie przez Dureta spostrzegamy w ciągu całéj jego pracy. Nad temi prawami fizyki pozwalam sobie jeszcze chwilkę zastanowić się.

Ciała płynne, a do nich zaliczyć należy mózg żyjącego stworzenia, nie są dziurkowate w rozumieniu powszechnie przyjętém i przez to nie są ściśliwe; doświadczenia Regnaul-

ta nad tym przedmiotem oznaczają tę ściśliwość w tak małych ułamkach, że zaiste nie zasługują one na uwzględnienie; jeśli dla większej ścisłości porównamy mózg z ciałem galaretowatém, a nie ze zwyczajnemi cieczami, to prawo Pascala o nieściśliwości płynów nie utraca swego zastosowania, gdyż doświadczenia, które czynił Gama nad ściśliwością galarety i dopatrzył się w niéj téj ściśliwości, dały wszystkim innym badaczom wyniki wręcz przeciwne: a zatém jeśli mózg ucisnięty ustępuje, to tylko dla tego, że znajduje miejsce po temu, a nie dla tego, ażeby miał się on ścisnąć w mniejszą objętość. W czaszce nie istnieje żadna próżnia; jeśli są miejsca pozornie próżne, a do tych należą zatoki żylne z jednéj strony, komórki mózgowe i przestwory podpajęczynowe z drugiéj, wypełnienie się pierwszych krwią żylną podczas wydechu dzieje się kosztem opróżnionéj przestrzeni w czaszce przez odpływ cieczy mózgowo-rdzeniowéj z komórek do kanału rdzeniowego, i odwrotnie, napełnienie się komórek mózgowych cieczą mózgowo-rdzeniową ma miejsce wtenczas kiedy krew żylna podczas wdechu opróżni zatoki, ulegając sile ssącéj serca prawego: tak zatoki żylne, jak i komórki mózgowe, wypełniając się i wypróżniając się na przemian, zapobiegają wytworzeniu się próżni w czaszce. Siła zewnętrzna, przyciskając mózg do jego twardéj podstawy, niechybnie każdorazowo zgniotłaby ten narząd, gdyby w nim nie istniały okoliczności, które umorzają tę siłę w innym kierunku; mianowicie przezwyciężając opór, jaki stawiają wodociąg Sylwijusza i komórka 4ta nagłemu przemieszczeniu cieczy mózgowo-rdzeniowéj z komórek bocznych. Czy siła zewnętrzna zadziała w chwili przepełnienia zatok (wydech) czy komórek mózgowych (wdech), jest ona na tyle potężną, że przemódz może ciśnienie, pod któróm krążenie żylne i ciecz mózgowo-rdzeniowa znajduje się; tylko że drogi, po których krąży krew żylna, posiadając ściany mocne i sprężyste, i rozszerzając swe światło w kierunku serca prawego, nie ulegają uszkodzeniu i pod nagłym naciskiem, podczas gdy ciecz mózgowo-rdzeniowa posiadając warunki wręcz przeciwne, przy zadziałaniu znaczniejszéj siły, musi porozszerzać i porozszarpywać te wązkie kanały i te stosunkowo małe komórki, po których ona zwykle krąży pod łagodnym naciskiem i przy dłuższéj jednostce czasu. Zapewne temu jednoczesnemu wypróżnieniu się zatok i komórek pod wpływem zadziałania siły zewnętrznéj trzeba przypisać zmniejszenie się objętości mózgu, o któréj namieniają autorowie.

Istota więc téj sprawy, znanéj w patologii pod nazwą wstrząśnienia mózgu, polega na ucisku, wywartym na mózg siłą zewnętrzną; ucisk ten, udzielając się cieczy zawartéj w komórkach bocznych, wywołuje znowu z jéj strony podług prawa Pascala równomierne ciśnienie we wszystkich kierunkach a posiadając w wodociągu Sylwijusza punkt, w którym istnieje opór tylko względny, cała ciecz przebiega tym kanałem, rozszerzając lub rozszarpując go w skutek nagłego naparcia; komórka czwarta dostając więcéj cieczy, aniżeli jéj pomieścić może, zostaje rozsadzoną również, nakonice kanał rdzeniowy także ulega skutkom gwałtownego naporu.

Czémże jest nakonice wstrząśnienie mózgu? Doświadczenia Dureta upoważniają mnie do zaliczenia téj sprawy do tego działu patologii, któremu chirurdzy dali nazwę kontuzyi, i jak to się już wyrażali w téj mierze Velpeau i Nélaton „kontuzyi małego stopnia.“ Jeśli siła urazowa jest tego natężenia, że umorzyć się może tylko na samém wyparciu cieczy mózgowo-rdzeniowéj z komórek bocznych z jego następstwami, to mamy obraz kliniczny wstrząśnienia mózgu a wynaczynienia znajdują się głównie tam, gdzie krąży ciecz mózgowo-rdzeniowa; jeśli zaś ta siła jest bardzo znaczną, to prócz powyższych objawów, mamy kliniczny obraz kontuzyi mózgu wielkiego stopnia, a obok wynaczynień rozsianych w rozmaitych miejscach mózgowia, znajdujemy naruszenie całości istoty mózgowéj.

Nauki teoretyczne w zupełności popierają wywody doświadczeń Dureta; życzyćby im wypadało, ażeby kontrola nekroskopijna usankcyjonowała je; a jeżeli anatomija patologiczna stwierdzi na zwłokach te uszkodzenia mózgu, które Duret wywoływał doświadczalnie, z liczby chorób „bez anatomicznéj podstawy,“ będącéj w prostym stosunku do naszéj niewiedzy, ubędzie jedna najważniejsza.

Merson: **Wpływ pożywienia na padaczkę.**

Okoliczność, że skład chemiczny istoty korowéj zmienia się w różnych chorobach mózgu, skłoniła autora do badania wpływu pożywienia na padaczkę. Do doświadczenia wzięto 24 chorych na padaczkę w ten sposób, że 12 z nich dawano przez 4 tygodnie pożywienie wyłącznie mięsno a przez drugie 4 tygodnie pożywienie wyłącznie mączne. Z 12ma drugimi zrobiono tak samo lecz w odwrotnym porządku. Ilość istot pożywnych po odrachowaniu wody była zawsze mniéj więcéj jednaka, wynosząc na wagę dla pożywienia mięsnego po 7532, dla mącznego po 7460 ziarn dziennie.

Wpływ takiego pożywienia dla chorych da się w ogólności streścić jak następuje: Znaczna liczba chorych żywionych wyłącznie mięsem stawała się ociężalszą, głupszą i obojętniejszą na to, co ich otaczało. Zaraz po przejściu do pożywienia mącznego stan umysłowy poprawiał się widocznie; tępota malała znacznie. Takie same zmiany okazywali chorzy, u których zrobiono też samą próbę w odwrotnéj kolei. Wpływ pożywienia na liczbę napadów nie był tak wyraźnym; tylko 14 chorych okazywało wpływ korzystny pożywienia mącznego, gdyż liczba napadów podczas żywienia się mięsem była o 36·7% większą, niż podczas dyjety mącznéj. Z tych doświadczeń, które w każdym razie wartoby prowadzić daléj, wnosićby należało, iż dla cierpiących na padaczkę stósowniejszém jest pożywienie mączne niż mięsne. *(Centralblatt für Nervenheilkunde.* Luty 1878.) *D.*

Jany (we Wrocławiu): **Przyczynki do kazuistyki chorób ocznych w cukrzycy.**

W cukrzycy najczęściéj soczewka bywa siedzibą zmian chorobowych (zaćmy) oka; rzadko bardzo zdarza się zapalenie siatkówki, które tłumaczy bezskuteczność niekiedy operacyi zaćmy cukrzycowéj. J. widział 3 bardzo ciekawe przypadki. Zapalenie siatkówki i n. wzrokowego jest prawie całkiem podobne do postaci zapalenia tychże części w chorobie Brighta. W jednym przypadku znalazł J. znaczne wynaczynienie, obok połyskujących białych ognisk zwyrodniałych lub wypocinowych w okolicy plamki żółtéj siatkówki; przytém dwuwidzenie w skutek porażenia, zależnego być może od krwotoku wewnątrz czaszki lub w mózgu; przy użyciu wody karlsbadzkiéj nastąpiło wyzdrowienie. W drugim przypadku widać było białe, duże plamy na tarczy n. wzrokowego, wynaczynienia naokoło tegoż, obok zaćmy w początkach cukromoczu. Po użyciu wody karlsbadzkiéj, Heurteloupa i kw. karbol. (1 : 300, co 2 godzin po 1 łyżce stołowéj) nastąpiło znaczne polepszenie wzroku. W 3cim przypadku stępienie wzroku nie dało się dokładnie wytłumaczyć wynikiem badania, które wykryło

tylko nieznaczną bladość tarczy; J. przypuszcza tu zapalenie n. wzrokowego głębsze *(Neuritis retrobulbaris)*. W każdym przypadku powinien chory znajdować się w ciemnym pokoju. *(Berl. kl. Wochft*, 1878, 4.) *Laskiewicz-Friedensfeld* (Wiedeń.)

Prof. Hofmann (we Wiedniu): **O postrzeleniu się wodą.**

We wszystkich dziełach spotykamy się ze wzmianką, że samobójcy posługują się czasem pociskiem płynnym, wodnym, zamiast stałego, i że właśnie te naboje wywolują ogromne spustoszenie, lecz dotąd nietylko nic szczególniejszego o tych pociskach nie było znaném, ale nawet rozpoznanie takowych było bardzo trudném. W tym celu H. czynił doświadczenia na trupach za pomocą mocnego, małego pistoletu, którego lufa obejmowała 14 cm. sz. a po odtrąceniu naboju 6·7 cm. sz. wody. Pistoletem tym, w imadle umocowanym, strzelał, stojąc po za tarczą żelazną, do rozmaitych okolic ciała i przekonał się przedewszystkiém, że broń wcale nie wypaliła, jeżeli pakuł nie był tłuszczem potarty, oraz, że skutek był i w tym razie słabym, jeżeli nie użył przynajmniéj 3 cm. sz. prochu strzelniczego. Wtedy dopiéro spustoszenie istotnie było znacznem, zwłaszcza, gdy strzelił w podniebienie, jak to samobójcy robią. Że zaś tu nie działają wyłącznie gazy wybuchające prochu strzelniczego, lecz przeważnie woda, tego dowodzi zniszczenie nierównie mniejsze, które wywoływał strzelając do trupów samym tylko prochem i pakułem.

Jakkolwiek po części przesadzoném jest mniemanie o gwałtowności pocisku wodnego, to jednak bynajmniéj odmówić nie można wodzie działania niszczącego, skoro takowe jest znacznie większém od działania naboju ślepego. Im wyższym jest ciężar względny płynu służącego za nabój, tém spustoszenie większe; najznaczniejszém téż okazało się po nabiciu broni **rtęcią**; ponieważ nadto po strzale rtęcią kości okazały się powleczone warstwą lśniącą ołowiową (siarczkiem rtęci), więc skutkiem działania gazów prochu część rtęci a prawdopodobnie i innych płynów zamienia się w parę, co znów tłumaczy gwałtowne ich działanie. Jednak podczas gdy strzał rtęcią lub innym płynem (mającym np. woń charakterystyczną jak petrolej) może być łatwo rozpoznanym na trupie, strzał wodą zadany jest prawie nie do rozpoznania, nie można bowiem rozpoznania oprzeć na spustoszeniu samém, które strzał wywołał, gdyż spustoszenie może nastąpić i po strzale zwykłym pociskiem stałym, jeżeli tylko większa ilość prochu została użytą.

Mniemanie, że w skutek napełnienia lufy wodą, przemaka proch a broń nie wypala, nie jest uzasadnionem, jeżeli tylko pakuł poprzednio jakimś tłuszczem został nawilżony. *(Wiener med. Woch.* 1878, Nr. 6 i 7). *L. B.*

Conors: **Rana postrzałowa serca.**

Wyleczenie zranień serca zrządzonych bronią palną nie jest tak rzadkie, nie sądzimy wszakże, czy to następowało kiedy, jeżeli pocisk przedziurawił jednę z przegród sercowych. Podobny jednak przypadek opisuje Dr. Conors z Cincinnati. Odnośny preparat anatomiczny był przedstawiony akademii lekarskiéj w Cincinnati, która zamianowała komisyję dla zbadania go, z czego zdanie sprawy było następujące:

G. M., lat 15, postrzelonym został dnia 31 Grudnia 1872 roku. Kula pozostała w klatce piersiowéj, przebiwszy ją powyżéj 6go żebra o 3 cm. po za liniją pachową prawą. Nastąpił krwotok obfity a wkrótce potém zapalenie płuc i opłucnéj prawéj. Piątego dnia rozwinęło się zapalenie osierdzia współczesne z zapaleniem wsierdzia. Zapalenie płuc, opłucnéj i błon sercowych było ciężkie, ale w 31 dniu choroby, niebezpieczeństwo minęło i zdawało się, że chory był wyleczony.

Wszelako częste badania chorego wskazywały, że istnieją zmiany w zastawkach serca, i chociaż chory mógł się oddawać nieprzeciążającym go zajęciom, mimo tego przedstawiał on w pewnym stopniu niedokrewność i osłabienie mięśniowe wybitne. Dnia 23 stycznia 1876 osłabienie zwiększyło się do tego stopnia, że chory zawezwał Dra Conorsa. Chory wówczas kaszlał wiele, wypluwając nieco, ale puchlina zwiększająca się niepokoiła go bardzo. Śmierć nastąpiła 12 marca 1876 r. t. j. w 3 lata 2 miesiące i 13 dni po postrzale.

Oględziny pośmiertne w 30 godzin po zejściu robione, dały wynik następujący: serce zdawało się zajmować przestrzeń obszerniejszą w klatce piersiowéj niż w stanie zwykłym. Worek sercowy był całkowicie niemal przyrośnięty do osierdzia serca, a serce mierzone w swym obwodzie miało 30 cm. obszaru, waga zaś jego wynosiła 21½ uncyi. Na powierzchni przedniéj komórki prawéj o 2½ cm. na prawo od przegrody komórkowéj i o 2½ cm. poniżéj przegrody przedsionkowo-komórkowéj widzieć się daje blizna stwardniała obejmująca całą grubość ściany komórki; na powierzchni zewnętrznéj blizna mniéj wyraźna. Po otworzeniu komórek stwierdzono istnienie kanału 7 mm. długiego z otworami bliznowatemi gładkiemi, wysłanego przybłonkiem, rozciągającego się bezpośrednio poniżéj środka płatka tylnego lewego zastawki płucnéj do punktu położonego dokładnie między płatkami przedniemi zastawek tętnicy głównéj; na powierzchni komórkowéj płatka przedniego lewego téj zastawki znajdowała się narośl kształtu prawie okrągłego 8 mm. średnicy. Płatek tylny był jakby wygryziony a powierzchnia jego okryta naroślami grubości dosyć znacznéj stosunkowo, miał on 2½ cm. wysokości. Otwór o brzegach wygryzionych okryty naroślami z obu stron miał komunikacyję z przedsionkiem prawym, przejście to było umiejscowione prawie w 3éj części odstępu objętego między pierścieniem włóknistym i otworem żyły głównéj górnéj. Na ścianie tylnéj, w punkcie przeciwległym zupełnie w położeniu normalném tych części znajdowała się blizna nieco gwiaździsta i bardzo wyraźna. Na podstawie płatu dolnego płuca prawego, bezpośrednio poniżéj rozdwojenia oskrzela głównego tego płatu, znaleziono kulę zupełnie otorbioną. Miała ona 1 cm. długości a ½ cm. średnicy. Worki opłucnéj i otrzewnéj były wypełnione wysiękiem dość obfitym.

Dr. Conors wyjaśnia, jak kula wchodząc powyżéj 6go żebra z tyłu linii pachowéj prawéj mogła dosięgnąć serca i mieć przebieg wskazany w tym organie. Według niego kula, złamawszy wpierw żebro i zagłębiwszy odłamek tegoż w tkankę płucną, skierowała się wzdłuż ściany przedniéj klatki piersiowéj aż do mostka, gdzie zwróciła się pod kątem mniéj więcéj prostym i weszła prosto ku tyłowi. *(Gaz. des Hôp. Nr. 14. 2. Fevr. 1878.) Dr. M. Ż.*

Nencki-Brieger: **Lotne składniki kału ludzkiego.**

Autorzy postanowili zbadać składniki kału i przekonać się, czy w nich nie znajdują się też same składniki co i w ostatecznych utworach gnicia ciał białkowatych. W lotnych częściach kału ludzkiego znaleziono: kwas octowy, masłowy i izomasłowy, kwas karbolowy, indol, wreszcie nowe ciało zwane przez nich **skatolem**, który znaleziono także po

sześciomiesięcznem gniciu białka pod wodą. Skatolu nie znaleziono w kale osób dotkniętych tyfusem. Jestto ciało zawierające azot, krystalizujące w blaszki, trudno rozpuszczalne w wodzie, woni bardzo nieprzyjemnéj specyficznie kałowéj. *(Berichte d. deut. chem. Gesellschaft zu Berlin. T. X. 1877.)*

L — ski.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 7go stycznia 1878 r.

W nieobecności prezesa p. Mateckiego, przewodniczy zebraniu Dr. Świderski.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczącym Wydziału Lekarskiego na r. 1878 obrano nadal radzcę zdrowia Dra Mateckiego, sekretarzem Dra Jerzykowskiego.

3) Dr. Świderski opowiada o 40-letniéj zamężnéj osobie, która dość długo cierpiała na mdłości i boleści w żołądku, aż razu jednego wyrzuciła wielką ilość glistnic robaczkowych *(oxyuris vermicularis)*; ilość ta była tak znaczną, że stanowiła dobrą garść. Po zadaniu środków uspokajających ustały całkowicie nudności i boleści. Po kilku dniach w okolicy kątnicy wystąpiło mocne wypuklenie, a że równocześnie było silne zaparcie stolca uważano je za proste masy twarde kału. Tymczasem po zadaniu olejku rącznikowego widać było w stolcu znaczną formalnie zbitą masę glistników, co do wielkości zupełnie odpowiednią owemu wypukleniu.

4) Dr. Grodzki przytacza przypadek ostrego otrucia morfinem: $2\frac{1}{2}$-letnie dziecko przez nieuwagę rodziców zażyło jeden proszek zawierający 0·01 morfinu, poczem wkrótce miały mocne wystąpić wymioty. Kol. G. przywołany w 30 godzin po zaszłym przypadku, znalazł dziecko w silnym zapadzie i w dziwném jakiémś leżące otrętwieniu: dziecko nie spało, oczy miało rozwarte, oddech dość wolny, lecz leżało w zupełnéj apatyi. Mimo zadanych odtrutek dziecko zmarło w kilka godzin.

5) Podobny przypadek otrucia lecz atropinem opisuje Dr. Wicherkiewicz. Młoda osoba kazała sobie przez pomyłkę przez 2 dni co 2 godziny zalewać oczy atropinem, poczém pojawiły się kurcze, bezprzytomność, tętno szybkie i nieregularne; nie było więc żadnéj wątpliwości, że się chora otruła atropinem. Kolega W. zastrzyknął zaraz 0·03 morfinu i już po godzinie podniosło się tętno i kurcze ustąpiły. Po dwóch godzinach zastrzyknął jeszcze raz 0·03 morfinu, poczém chora przyszła zupełnie do siebie.

6) Dr. Kapuściński w kilku słowach wspomina o otruciu siarkanem miedzi, które spostrzegał przed paru dniami: na raz jeden spożyto 15·0 gramów siarkanu miedzi, poczém mocne pojawiły się nudności i wymioty. Kolega K., przywołany w trzy kwadranse po zażyciu rzeczonego środka, polecił zaraz żelazo z magnezyją, białko i mléko; dla znacznych kurczów mianowicie w dolnych odnogach i palcach, wstrzyknął 0·01 morfinu, poczém chory posilił się wkrótce tak, iż już dnia następnego zwykłemu mógł się oddać zajęciu. Żółtaczka nie wystąpiła wcale.

7) Dr. Gąsiorowski opowiada o chorym, któremu zapisał na wewnątrz morfin, a na zewnątrz olejek krotonowy do natarcia piersi. Tymczasem chory pomyliwszy się nacierał się morfinem a na wewnątrz brał co 2 godziny łyżeczkę od kawy olejku krotonowego rozrzedzonego w terpentynie (5·0 na 20·0) i tym sposobem zużył 5·0 w przeciągu 24 godzin. Oddziaływanie tego środka pozostało prawie bez skutku, bo prócz rozwolnienia żadne inne nie nastąpiło niedomaganie.

8) W końcu Dr. Wicherkiewicz przytacza przypadek przewlocznego zapalenia naczyniówki.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. St. Jerzykowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne I. z dnia 2go stycznia 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 24.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Koł. Pareński odczytał pismo Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galic. w odpowiedzi na ostatni referat Tow. lek. krak. Dyskusyję nad tym przedmiotem odłożono na późniéj.

3) Kol. Obaliński odczytał sprawozdanie kasowe ze stanu funduszów Towarzystwa w roku ubiegłym, a komisyja wyznaczona do zbadania rachunków wniosła udzielenie kol. O. absolutoryjum. Zgromadzeni wniosek ten jednomyślnie uchwalili wyrażając nadto osobne podziękowanie kol. Obalińskiemu za wzorowe prowadzenie kasy Tow. i Przeglądu Lekarskiego.

4) Kol. Pareński odczytał sprawozdanie z ruchu i rozwoju Tow. w r. 1877.

5) Kol. Dembowski przedłożył sprawozdanie o naukowym ruchu w Tow. w roku ubiegłym.

6) Kol. Grabowski przedłożył rachunki z wydawnictwa Przegl. Lek.

7) Kol. Domański zdał sprawę ze stanu biblijoteki w zastępstwie nieobecnego kol. Bylickiego.

8) Następnie przystąpiono do wyboru urzędników Tow. na rok 1878. Wybrany: Przewodniczącym (ponownie) kol. S. Domański, wiceprezesem kol. A. Zarewicz, biblijotekarzem koł. prof. Janikowski, sekretarzem dorocznym kol. A. Wurst. Podskarbim i sekretarzem stałym, pozostają wybrani w r. zeszłym na lat 3 koll. Obaliński i Pareński. Delegatem do komisyi sanitarnéj krakowskiéj obrano ponownie kol. prof. Janikowskiego, redaktorem Przeglądu Lek. kol. prof. Blumenstoka, a członkami komisyi redakcyjnéj koll. Bylickiego, Grabowskiego, prof. Korczyńskiego i Obtułowicza.

9) Kol. Lutostański, jako sekretarz komisyi balneologicznéj zdał sprawę z czynności tejże komisyi w ubiegłym roku.

10) Kol. Janikowski z czynności sekcyi higijenicznéj i komisyi terminologicznéj.

Dr. Wurst.

V. Listy z Wiednia.

I.

Wiec lekarzy rakuskich — Sprawy sanitarne w Radzie państwa 1877 — Kolegijum profesorów i broszura Dumreichera.

Na podstawie zatwierdzonego przez ministerstwo spraw wewnętrznych statutu ukonstytuował się w pierwszych dniach br. w Wiedniu Wiec lekarzy rakuskich. Powstanie swoje zawdzięcza dwom zjazdom lekarzy *(Aerztevereinstage)*, na których powstała pierwsza myśl zawiązania związku lekarskiego, w którymby reprezentowane były wszystkie stowarzyszenia lekarskie Austryi, coby umożebniło i ułatwiło skuteczną obronę i rozwój spraw sanitarnych i spraw stanu lekarskiego.

Na drugim ze wspomnianych zjazdów (1876) wybrano prowizoryczny wydział z 20 członków tak zwany „komitet centralny,“ któremu powierzono wykonanie i przeprowadzenie powyższéj myśli a równocześnie polecono, aby i inne uchwały zjazdu przeprowadził. Chodziło tu szczególnie o to, aby zapobiedz przyjęciu projektowanéj przez rząd ustawy, mającéj na celu zmianę ustawy sanitarnéj z r. 1870. Ściślejszy komitet (Drowie Hussa, Gauster i Rożański) wypracował petycyję do Rady państwa, która pomimo gorącego poparcia ze strony posłów lekarzy po pamiętném przemówieniu ministra Lassera pozostała bez skutku. Pomyślniéj przeprowadził komitet polecenie co do służby wojskowéj chirurgów. Dalszego wykonania poleceń zjazdu z powodów formalnych zaniechać musiano i przyjęto tylko statut zredagowany przez prof. Klebsa. Na zjeździe samym reprezentowanych było 25 stowarzyszeń, do

których należy blizko 4000 lekarzy. Zgłosiło się 57 delegatów. Na Kraków i Galicyję przypadło 15.

Na przewodniczącego zgromadzeniu powołano prof. Klebsa i wybrano wydział nieustający, o którego składzie Przegląd Lek. już doniósł. Uchwały II wiecu lekarskiego tyczące się: 1) organizacyi stanu lekarskiego, 2) administracyi sanitarnéj, 3) obowiązków lekarzy i 4) stosunku tychże w obec prawa, oddano wydziałowi nieustającemu, którego zadaniem będzie projekty uchwalić i na następném pełném zgromadzeniu przedłożyć.

Stowarzyszenie lekarzy galicyjskich uczyniło wniosek w celu zmiany §§. 5 i 10, w téj myśli, aby zjazdy delegatów nie odbywały się co 2, lecz co 3 lata, a zjazdów lekarzy *(Aerztetage)* wcale nie było. Wniosek ten oddano wydziałowi, który się w dzień po wyborze swoim ukonstytuował. O powziętych uchwałach doniesie wydział stowarzyszeniom należącym do ogólnego zboru.

Z powyższego przedmiotowego sprawozdania pokazuje się, iż wiec dotąd, jak się zresztą tego spodziewać było można, nie wyszedł po za granice projektów i życzeń. Następny dopiero zjazd wykaże, o ile „Zbór lekarzy rakuskich" nadziei kół lekarskich nie zawiedzie.

W ubiegłym roku Rada państwa sprawami sanitarnemi prawie wcale się nie zajmowała. Minister spraw wewnętrznych przedłożył projekt ustawy dotyczący: *a)* ochrony od słabości zakaźnych u zwierząt, *b)* zapobieżenia księgosuszowi i *c)* obowiązkowéj desinfekcyi przy transporcie bydła koleją lub okrętami. W bieżącym już roku wniesiono petycyję do Rady państwa o uregulowanie dochodów profesorów przy szkołach dla akuszerek i o przyznanie pięcioletniego dodatku. Przyczyną, dla któréj władze ustawodawcze tak mało sprawami sanitarnemi się zajmują, są ważne sprawy ugodowe z ustrojem organicznym monarchii w związku stojące.

Donosiliśmy w zeszłym roku o uchwałach kolegijum profesorów w sprawie zmiany systemu rygorozów. Wiadomo, iż ministerstwo oświecenia nieuwzględniło życzeń większości profesorów. Obecnie z powodu broszury prof. Dumreichera sprawa wspomniana ponownie stanęła na porządku dziennym. Doniósł już Przegl. Lek., że Ministeryjum zażądało od wydziału lekarskiego opinii o wspomnianéj broszurze; wydział wybrał ad hoc komitet, którego referentem jest prof. Langer, jak wiadomo wielki zwolennik a w części nawet twórca naszego systemu rygorozów. Już w ciągu dyskusyi nad tym przedmiotem pokazało się, iż większość profesorów, jak zresztą pisaliśmy, uważa dążenia Dumreichera „za przestarzałe i ze stanem jak i rozwojem nauk lekarskich niezgodne." (Arlt, Brücke, Billroth, Braun, Meynert, Stricker i inni.)

Przy téj sposobności podajemy krótką treść broszury Dumreichera. Autor sądzi, iż niewątpliwie się pokazało w ostatnich latach, że lekarze dyplomowani w wykonawstwie medycyny są nieporadni i pod względem praktycznym niedostatecznie wykształceni, na czém ogół dotkliwie cierpi. Przyczyna tego objawu nie leży według D. w młodych adeptach nauki, którzy równie są uzdolnieni i pracowici jak dawniejsi medycy, lecz w systemie nauczania. Jakkolwiek uniwersytet powinien być akademiją, a więc przyczyniać się do rozwoju i postępu nauki, to przecież równorzędném zadaniem jego jest kształcenie użytecznych społeczności zawodowców, którzyby dokładnie znali stan nauki i wyniki tejże w praktyczném stosowali życiu. Tymczasem wydziały lekarskie nie dzielą naturalnych zakresów „nauki i badania" i zmuszają każdego, aby się kształcił na przyrodnika znającego sposoby badań ściśle przyrodniczych bez względu na to, czyli młody lekarz po ukończeniu nauk znać będzie najprostsze rzeczy, potrzebne w życiu praktycznem. Powinien więc wydział mieć na oku równowagę i zarówno uwzględniać wymogi akademii jak i potrzeby praktycznych lekarzy.

Stan nieprawidłowy na wydziale lekarskim powstał: 1) wskutek zbytniéj wolności w wyborze odczytów, 2) w skutek tego, że pozwolono w przeciągu pięciolecia zdawać egzaminy, skutkiem czego uczniowie nie uczęszczają na wykłady i kliniki, że 3) uczniowie wiedeńscy są po największéj części ubodzy a więc nie mogą się oddać nauce z należytém poświęceniem, 4) że wreszcie teoryja wzięła górę, w skutek czego uczniowie dużo się uczą, lecz za mało praktycznéj posiadają wiedzy, a nakoniec że służba wojskowa skraca i tak ze względu na obszar nauk lekarskich szczupło wymierzony czas pięciolecia o rok cały.

Już pierwsza z wyżéj wspomnianych okoliczności wskazuje, iż D. jest przeciwnikiem wolnego wyboru wykładów. Że ten system, który wprowadzono w Austryi w r. 1850, dotąd nie był tak szkodliwy, pochodzi ztąd, iż rygoroza po pięcioleciu składane, czyniły możebném medykom kształcenie się w kierunku praktycznym wśród studyjów. D. przychodzi wreszcie do wyniku, iż szczególnie nowy system rygorozów grozi upadkiem dawnéj sławie szkoły lekarskiéj, o ile ma na celu wychowanie młodych lekarzy.

Z wielką stanowczością sprzeciwia się D. służbie wojskowéj dopełnianéj podczas pięciolecia nauk lekarskich, żądając, aby lekarze odbywali rok czynnéj służby wojskowéj po uzyskaniu stopnia doktora. Nie traciłby więc medyk roku, państwo pozyskałoby odpowiednich lekarzy, możnaby lekarzy takich użyć do służby przy pułkach na prowincyi, coby młodym lekarzom dostarczyło sposobności zapoznania się z miejscami nie rzadko pozbawionemi lekarzy; ztąd mogłoby z czasem przyjść do decentralizacyi sił lekarskich; byłaby to wielka korzyść dla ogółu i społeczności.

Daléj utrudnia nowy system rygorozów przygotowanie się na dobrego lekarza praktycznego; po złożeniu egzaminów trzeba jeszcze lat kilka pracować a byt i stanowisko lekarzy coraz się pogarsza. Jeżeli stosunki te dłuższy czas potrwają, zabraknie w Austryi lekarzy. W r. 1871/2 zapisanych było medyków 2235 na uniwersytetach Cislitawii, w r. 1876/7 tylko 1307, a więc 1000 ubyło. Rocznie umiera w przecięciu 250 lekarzy, a ponieważ tylko 160 przybywa, więc za lat 10 wyniesie już ubytek 10 od sta wszystkich lekarzy.

Jakim zaś sposobem reformę przeprowadzić, tego Dumreicher, z wyjątkiem co do służby wojskowéj, nie podał. Udziela jednak wskazówek i omawia niejednę rzecz w taki sposób, iż nie podpada wątpliwości, co i kogo ma na myśli i jakby on sobie postąpił. Jasno i stanowczo wypowiada, iż przedewszystkiém nowy system rygorozów i sposób egzaminowania należałoby zreformować, aby bez skazy zachować sławę szkoły lekarskiéj i aby uczniowie tejże opuszczali zakład należycie przygotowani do ważnego swego zawodu.

Wiedeń 10 lutego 1878. *Dr. E. Machek.*

Uwaga Redakcyi. Brak miejsca nie dozwolił nam zastanowić się obszerniéj nad broszurą prof. Dumreichera i dla tego wdzięczni jesteśmy szan. korespondentowi, że nas po części wyręczył. Prof. Dumreicher miał odwagę cywilną i wypowiedział to, co większość lekarzy w państwie Austryjackiém czuje, że zaprowadzony nie dawno system nie jest odpowiednim. Zgadzają się z nim wszyscy trzeźwo na sprawę zapa-

trujący się, a „romantycy męczeństwa“ zbyt późno przekonają się, że teoryją i uporem swoim dotkliwą wyrządzili szkodę społeczeństwu, potrzebującemu przedewszystkiém lekarzy praktycznych.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 21 lutego. Namiestnik morawski mianował temi dniami trzech lekarzy asystentami zdrowotnymi z wynagrodzeniem po 500 zl. w. a. rocznie. Jeżeli się nie mylimy, są to pierwsi asystenci sanitarni w Cislitawii, mianowani w myśl nowéj ustawy.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 6 (od 3—9 lutego) zmarło w Krakowie osób 41. 23 mężczyzn i 18 kobiet; 23 osób w obwodach i 18 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców stałéj ludności wynosiła 38,7, a we Lwowie 31,1; w Warszawie 32,4; w Wiedniu 31,4; w Budapeszcie 40,3; w Pradze 41,9; w Tryjeście 53,3; w Genewie 25,8; w Brukselli 25,4; w Paryżu 27,5; w Londynie 26,4; w Kopenhadze 25,7; w Chrystyjanii 20,5; w Petersburgu 52,7; w Odessie 32,5; w Wenecyi 30,9; w Bukareszcie 33,1; w Barcelonie 38,0; w Aleksandryi 37,3; w Berlinie 24,7; w Królewcu 39,8; w Poznaniu 25,5; w Augsburgu 40,5; w Dreźnie 22,3. W tym czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 6 osób, mianowicie: z ospy 1 osoba nieszczepiona; z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 3, z róży 1. Do szpitala przybywa mniéj osób nawiedzonych durem powrotnym, lecz więcéj ich pada ofiarą téj choroby.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. botaniki we Wiedniu Dr. Fenzl przeniesiony w stan spoczynku otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu.

Dr. Lubelski, lekarz przy 2giém gimnazyjum w Warszawie, otrzymał order św. Stanisława 2giéj klasy.

* **Nekrologija.** W Anglii umarli w podeszłym wieku położnicy Blundell i Churchill.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 27go bm. o godz. 5 popołudniu posiedzenie, na którém: 1) Dr. Lutostański okaże wody lekarskie uproszczonego składu wyrabiane przez p. Rzącę. 2) Prof. Dr. Olszewski poda wynik rozbioru chemicznego zdrojów w Głębokiém. 3) Dr. Hordyński odczyta referat co do sprzedaży wód krajowych w zdrojowiskach zagranicznych. 4) Dr. Lutostański odczyta referat w sprawie zakładu zdrojowego w Zegiestowie.

Sprostowanie. Artykuł szan. kol. Kaczorowskiego (umieszczony w Nr. 6 i 7) otrzymaliśmy od autora pod napisem: „Przyczynek do działania zimnego powietrza w żarnicach.“ Ponieważ my posługujemy się wyrazem „żarnice“ ku oznaczeniu choroby *„miliaria rubra,“* zresztą zaś wyraz ten u nas jest całkiem nieznany, uważaliśmy za potrzebne dodać do wyrazu żarnice w nawiasie „miliaria rubra.“ Tymczasem szan. autor zwraca nam uwagę, że w Poznańskiém żarnicami zowią odrę *(morbilli)*, i że dodatek nasz zmienia tendencyję rozprawy. Pospieszamy więc z tém sprostowaniem, przepraszając szan. autora za nieporozumienie.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. E. M. w Wiedniu: Pośrednią odpowiedź na swoje pytanie znajdziesz kolega w Nr. 5 Przegl. Lek. (str. 63). Ciągły napływ cennych artykułów oryginalnych zmusił nas do ograniczenia na jakiś czas działu „ocen i sprawozdań“, ztąd pochodzi zwłoka w umieszczeniu sprawozdań z prac specyjalnych. — **Dr. Z. D. w K.:** Otrzymaliśmy i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 2 Marca 1878. **№ 9.** Rok XVII.

I. Nowy sposób leczenia sustawów wrzekomych.

Skréślił Dr. Rydygier w Jenie.

Podczas ostatniego Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie kilku kolegów zwracało uwagę na to, że teraz używając oprawy przeciwgnilnéj, doznawają często zawodu przy leczeniu sustawów wrzekomych sposobem Dieffenbacha, który polega na wbijaniu czopków z kości słoniowéj w końce złamanéj kości i dotychczas ze wszystkich środków zalecanych przeciwko sustawom wrzekomym najlepiéj i najpewniéj skutkował. Jako przyczynę tych zawodów podawano to, że właśnie pod oprawą przeciwgnilną odczyn zapalny albo wcale nie występuje, albo zbyt słabo.

Spostrzeżenia te opowiadali koledzy więcéj w tym celu, żeby dowieść, jak dalece skuteczną jest oprawa przeciwgnilna, jeżeli tak znaczne rękoczyny, jak wbijanie czopków z kości słoniowéj w kość nie wywolują żadnego odczynu zapalnego. Mnie one oprócz tego pod innym jeszcze względem zajmowały, leczyłem bowiem wówczas już blisko od roku przypadek stawu wrzekomego, który mi dużo kłopotu narobił swą uporczywością, gdyż wszystkie zwykle zalecane środki, a pomiędzy niemi i sposób Dieffenbacha pozostały bez skutku, aż wreszcie użyłem nowego sposobu, o którego ogólnéj przydatności późniéj starałem się przekonać na drodze doświadczalnéj i ten pomyślnym skutkiem został uwieńczony. Zanim przystąpię do opisu moich doświadczeń, opowiem wyżéj namieniony przypadek:

Ernestyna Küsterówna, 15 lat licząca, przedstawiła mi się w ostatnich dniach sierpnia 1876 r. ze stawem wrzekomym lewéj goleni. Przed rokiem niespełna zeskakując z drabiniastego wozu będącego w dość szybkim ruchu zaplątała się prawą nogą w koło od wozu, a zanim zdołano na jéj krzyk wóz zatrzymać, już ją kawał drogi ze sobą powlókł; po wydobyciu nogi z koła, chora nie mogła na nią wcale postąpić. Po czterech dniach zawezwany lekarz znalazł złamanie obu kości goleni po nad dolną trzecią częścią odnogi i założył oprawę z łeszczotek; pomimo, że po kilku dniach oprawa już nie przylegała szczelnie do nogi, nie posłano po lekarza, dopiéro po kilku tygodniach pomiarkowano, że kość nie zrośnięta w miejscu złamania się porusza. Wówczas zawezwany lekarz założył oprawę gipsową, którą następnie jeszcze dwa razy zmieniał, tak że przez 10 tygodni złamana odnoga znajdowała się bez przerwy w oprawie gipsowéj; pomimo to ruchomość niezmniejszyła się, lecz pozostawała w tym samym stopniu po zdjęciu ostatniéj oprawy, jaką była przed założeniem pierwszéj. Zniecierpliwiona i zrozpaczona chora przez kilka miesięcy wcale się nie leczyła, aż wreszcie w końcu sierpnia 1876 r. namyśliwszy się przybyła do mnie szukać pomocy.

Chora opowiada, że w dziecięcych latach nigdy żadnéj ważniejszéj choroby nie przebywała, kilka razy tylko po zaziębieniu cierpiała na nieżyt i kaszel. Daléj podaje, że się dość późno chodzić nauczyła i zawsze tak jak teraz była słabowitą; rodzice jéj żyją do dziś dnia, oboje są zdrowi. Badając chorą nogę znalazłem — jak się to już powyżéj rzekło — goleń i piszczel złamane po nad dolną trzecią częścią i w tém miejscu staw wrzekomy już blisko od roku istniejący; chora mogła tylko za pomocą dwóch kul chodzić, a utrzymując się z pracy rąk w polu, błagała usilnie o pomoc.

Po krótkim namyśle postanowiłem leczenie rozpocząć od środka najłagodniejszego, a dopiéro gdyby ten zawiódł, chwycić się energiczniejszych, choć cokolwiek niebezpieczniejszych, ale za to pewniejszych co do skutku.

Stósownie do tego planu rozpocząłem leczenie od rozdarcia tkanki łącznéj pośredniczącéj pomiędzy końcami odłamków, zginając podudzie w miejscu złamaném silnie przez kolano a następnie nałożyłem dokładnie przylegającą oprawę gipsową. Po 4 tygodniach oddaliwszy takową, przekonałem się, że ruchomość wcale się nie zmniejszyła.

Drugim środkiem, jaki zastósowałem, był sposób Dieffenbacha. Chcąc chorą ochronić przed niebezpieczeństwem tego sposobu leczenia użyłem oprawy przeciwgnilnéj; niestety i ten środek zawiódł.

Również bez skutku pozostał dość niebezpieczny sposób Sommego, który zaleca za pomocą druta srébrnego tkankę

łączną pośredniczącą pomiędzy odłamkami zwolna przerżnąć i w ten sposób wywołać zapalenie. I tutaj użyłem oprawy przeciwgnilnéj, żeby się zabezpieczyć przed zbyt wielkiém a niebezpieczném często zapaleniem.

Wtenczas nie wiedziałem jeszcze, że postępowanie przeciwgnilne zmniejszając niebezpieczeństwo powyższych sposobów, zmniejsza zarazem ich pewność w działaniu; dowiedziałem się o tém — jak to już na wstępie namieniłem — dopiéro na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich.

Nie chcąc dłużéj męczyć choréj innemi jeszcze zalecanemi sposobami, jak np. zaprowadzeniem zawłoki i t. p. sposobami nie mniéj niebezpiecznemi a jeszcze mniéj pewnemi niżli użyte dotychczas, za jedyny sposób wprawdzie równie niebezpieczny ale za to przynajmniéj obiecujący pomyślniejszy skutek uznałem wypiłowanie. Sposób ten atoli oprócz znacznego niebezpieczeństwa ma jeszcze tę wadę wielkié wagi mianowicie przy dolnych odnogach, że po jego użyciu zwykło pozostawać znaczne skrócenie odnogi; ta właśnie okoliczność skłoniła mnie do użycia nowego sposobu zasługującego na dalsze zastósowanie, który wykonany z przeciwgnilną oprawą nie przynosi żadnego niebezpieczeństwa dla operowanego, a doprowadza zwykle do pożądanego skutku bez skrócenia operowanéj odnogi.

Sposób ten jest następujący: Cięciem podłużném w kierunku osi kości poprowadzoném w odpowiedniéj długości rozdziela się skórę i części miękkie aż do kości nienaruszając wcale okostnéj, następnie staramy się ile możności końce odłamków oddzielić od części miękkich, żeby jak największe płaty okostnéj tak od górnego, jako i od dolnego odłamka można było oddzielić; podstawa tych płatów, które jużto podłużno-czworoboczne, jużto podłużno-okrągławe być mogą, znajduje się blizko końca odłamków i pozostaje po obu stronach w związku z resztą okostnéj. Przewracając płaty, górny na dół, a dolny do góry, możemy je równocześnie około ich osi przekręcić tak, iż wewnętrzna przedtém do kości przylegająca strona, pozostanie na zewnątrz zwróconą. Nieraz zdarza się, że oddzielając końce odłamków od części miękkich znajdziemy pomiędzy niemi resztki mięśni, które weisnąwszy się pomiędzy końce złamanéj kości staw wrzekomy wywołały, albo też natrafimy znaczną ilość pośredniczącéj tkanki łącznéj; natenczas wypada dla pewniejszego skutku tę tkankę, jako też i mięśnie wyciąć, co zwykle łatwo się udaje.

W przypadku opisanym uważałem ten sposób jako zasługujący na pierwszeństwo przed wypiłowaniem z następujących przyczyn: po piérwsze jest łagodniejszy, gdyż nie obraża się kości; powtóre nie sprowadza skrócenia odnogi, co mianowicie przy dolnych odnogach, jak w naszym przypadku, jest wielkiéj wagi. Z tych przyczyn zatém użyłem opisanego spososobu z pożądanym skutkiem. Po zdjęciu piérwszéj oprawy czułem już tylko małą ruchomość na miejscu złamania, która pod następną oprawą zupełnie ustąpiła, tak, że po dwóch miesiącach chora już bez kul chodzić mogła.

Ośmielony tém powodzeniem przedsięwziąłem szereg doświadczeń poniżéj opisanych, chcąc tą drogą przekonać się: 1) o nieszkodliwości tego sposobu, 2) o jego pewności w skutku. Doświadczenia moje robiłem na królikach, gdyż psy, których z początku chciałem użyć do doświadczeń, były bardzo niespokojne.

Chcąc mieć znaczny materyjał doświadczalny, 28 królikom łamałem odnogi w różnych miejscach w ten sposób, że każdy królik tylko jedno miał złamanie; podczas łamania starałem się ile możności jak najdaléj od siebie oddalić złamane końce, żeby zapobiedz ich zrośnięciu. W tymże samym celu pozwoliłem królikom biegać po izbie bez oprawy, tylko od czasu do czasu wykonywając ruchy na miejscu złamania, żeby oddalenie odłamków utrzymać i zrośnięciu ich zapobiedz. Pomimo tych środków zrosły się prędzéj lub późniéj wszystkie kości złamane z wyjątkiem dziewięciu królików, u których od samego początku oddalenie było bardzo znaczne, z tego powodu pomijając wszystkie inne przypadki doświadczenia, które się nie udały, opiszę pokrótce tylko te, w których się rzeczywiście udało wywołać staw wrzekomy.

Doświadczenie 1.

Do tego doświadczenia użyłem wielkiéj, białéj samicy, u któréj sustaw wrzekomy znajdował się na prawéj kości udowéj; oddalenie końców odłamków pozostało bardzo znaczne; zdaje się, że pomiędzy nie wcisnęły się włókna mięśni. Operacyję stawu wrzekomego wykonałem tak w tym przypadku jako i w następnych przy użyciu rozpylonego kwasu karbolowego *(Karbolspray)*, a następnie założyłem oprawę przeciwgnilną.

Cięciem podłużném w kierunku osi długości rozdzieliłem skórę i części miękkie ponad sustawem wrzekomym, następnie starałem się zbliżyć koniec dolnego odłamka znajdujący się znacznie na zewnątrz do górnego: przytém przekonałem się, że rzeczywiście pomiędzy końcami odłamków znajdowały się włókna mięśniowe. Po wycięciu tychże i dokładném złożeniu końców odłamków wykroiłem z górnego i dolnego płatu okostnéj w postaci powyżéj opisanéj i wywróciłem dolny ku górze, a górny ku dołowi; ranę w skórze zeszyłem katgutem, a na to założyłem oprawę Listrową. Odnogę ostatecznie unieruchomiłem w następujący sposób: pudełko drewniane odpowiednie do wielkości królika użytego do doświadczenia tak urządziłem, że w przedniéj jego ścianie znajdował się otwór, którymby królik powietrze i pokarm mógł dostawać, po obu stronach dna znajdowały się podłużne dziury, przez które można było po nad grzbietem królika przeprowadzić tasiemkę dającą się mocniéj lub słabiéj przyciągnąć i pod dnem pudełka zawiązać tak, że królik zupełnie spokojnie na miękko wysłaném dnie musiał siedzieć; w tyle był otwór do wydalenia odchodów. Pudełko w ten sposób dające się urządzić łatwo i z małym kosztem mogę polecić do przytrzymania królików, którym oprawę jaką założyliśmy, inaczéj bowiem starają się od niéj zwolnić, co im się téż zwykle udaje. Końce odłamków unieruchomiałem nakładając na oprawę Listerowską z boków dwa paski tektury przymocowane długą opaską muślinową mocno nakrochmaloną, którą się odnogę okręca. Tak opatrzonego królika pozostawiłem przez 20 dni w pudełku, poczém dopiéro zdjąłem oprawę. Wówczas przekonałem się, że rana *per primam intentionem* się zagoiła i sustaw wrzekomy już nie istniał.

Doświadczenie 2.

W tym przypadku sustaw wrzekomy znajdował się na lewém podudziu u wielkiego szarego królika od przeszło trzech miesięcy. Tutaj także rozdzieliłem cięciem podłużném części miękkie aż do okostnéj bez naruszenia tejże. W ten sposób zawsze postępowałem, a to głównie z téj przyczyny, aby ile możności jak najszersze płaty okostnéj wykroić obok niezbyt długiego nacięcia podłużnego. Oddzielając bowiem po obu stronach cięcia podłużnego ile możności szeroki płat okostnéj tak, że cięcie przypada mniéj więcéj na jego środek, nietyle trudności będziemy mieli w wykrojeniu szerszego

płatu okostnéj, jak gdybyśmy cięcie podłużne zaraz przez okostnę poprowadzili, w takim razie pozostałoby nam pole operacyjne tylko po jednéj stronie, coby znacznie operacyję utrudniło, gdyż wykrojenie szerokiego płatu okostnéj ku jednéj stronie pod skórą lub pod mięśniami nie jest wcale łatwém. Nadto nie powinny cięcia boczne odgraniczające płat okostny sięgać aż do końca odłamków, mają bowiem boczne mostki łączące podstawę płata z resztą okostnéj po obu stronach, a prowadząc podłużne cięcie aż przez okostną już po téj stronie połączenie płata przecięlibyśmy. Tak górny jakotéż i dolny płat wykroiłem z przedniéj powierzchni goleni. Wykrojenie płatu z piszczeli byłoby zbyt trudne, albo wcale nie potrzebne, gdyż wiemy z doświadczenia, że przy sustawach wrzekomych goleni i piszczeli zupełnie do wyleczenia wystarcza wypiłowanie końców odłamków saméj goleni i dokładne ich złożenie. Pomiędzy końcami odłamków znajdującą się tkankę wyciąłem a nawet równocześnie oba końce oskrobałem. Oprawę zresztą w ten sam sposób założyłem, jak przy piérwszém doświadczeniu.

Po 18 dniach zdjąłem oprawę, zastałem atoli jeszcze nieznaczną ruchomość w miejscu złamania. Założywszy świéżą oprawę niezamknąłem już królika do pudełka, lecz pozwoliłem mu po stajni biegać. Gdy po dwóch dniach wszedłem do stajni, spostrzegłem, że królik już oprawy na nodze nie miał, zdołał się bowiem od niéj uwolnić; pomimo to stężała kość na miejscu złamania, a nareszcie zupełnie się zrosła.

Doświadczenie 3.

Królikowi dość małemu złamałem prawą kość udową. Po wykonaniu operacyi w podobny sposób, jak przy piérwszych doświadczeniach i założeniu tejże saméj oprawy przymocowałem królika w pudełku, po czterech dniach znalazłem go nieżywego. Przy badaniu pośmiertném na miejscu operacyi nic uwagi godnego nie znalazłem, mianowicie nie było tam ani śladu ropienia, tylko w płucach były liczne serowate ogniska, które prawdopodobnie już przed operacyją istniały i śmierć sprowadziły.

Doświadczenie 4.

Wielki, szary królik, miał sustaw wrzekomy na prawém przedudziu powyżéj środka kości, górny odłamek goleni zakończał się ostro ku przodowi i groził przebiciem skóry. Cięcie podłużne zrobiłem cokolwiek ku wewnątrz od wystającego ostrego końca odpowiednio środkowi przedniéj powierzchni kości goleniowéj; po wydobyciu dolnego odłamka znacznie ku tyłowi i na bok przesuniętego i od górnego znaczną ilością tkanki łącznéj (którą wyciąłem) oddzielonego, starałem się oba końce odłamków dokładnie złożyć. Ponieważ pomimo to pozostała wielka skłonność do usuwania się, a ostry koniec i nadal groził przebiciem skóry, odciąłem go kleszczykami, następnie dopiéro wykroiłem zwykłe płaty okostnéj i założyłem powyżéj opisaną oprawę. Oddaliwszy ją po trzech tygodniach znalazłem już kość na miejscu sustawu wrzekomego należycie zrośniętą.

Przypadek ten przedstawia rodzaj połączenia mojego sposobu z wypiłowaniem końców odłamków.

Szczegółowy opis następnych pięciu przypadków pomijam, niechcąc nużyć czytelników powtarzaniem podobnego sposobu postępowania, namieniam tylko, że w 7, 8 i 9 doświadczeniu nie używałem Listerowskiéj oprawy, lecz zastósowałem nowy środek przeciwgnilny, to jest saletrę (*kali nitricum*), którego działanie przeciwgnilne przez kilka miesięcy przy łaskawéj pomocy prof. Hütera badałem. Doświadczenia te późniéj ogłoszę, tu tylko namieniam, że operacyje wykonywałem przy użyciu rozpylonego rozczynu saletry, a do oprawy użyłem umyślnie na ten cel przyrządzonéj juty z 5% rozczynu saletry.

Już w tém miejscu namieniam, że saletra pomimo iż posiada własności przeciwgnilne, nie może być zalecaną do użycia u ludzi, sprawia bowiem tak silne bóle, że jéj po mniejszych nawet operacyjach nie mogli znieść użytéj do oprawy ran, lubo te goiły się pod nią bez ropienia.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Ciała obce w przewodach słuchowych zewnętrznych oraz sposoby ich dobywania.

Skreślił Dr. Henryk Rasp,
c. k. lekarz pułkowy.

Przewody słuchowe zewnętrzne są bardzo często siedzibą ciał obcych, zkąd następnie muszą być wydobyte. U osób dorosłych dostają się ciała obce do przewodów słuchowych zwykle przypadkiem lub bezwiednie (np. we śnie), u dzieci zaś najczęściéj przez swawolę innych dzieci podczas zabawy.

Umiejscowienie przewodów słuchowych z boku głowy, ich lejkowata budowa, brak zdziergacza, prawie zupełna nieruchomość małżowin, usposabiają je więcéj, aniżeli inne przewody i otwory do łatwego dostawania się w nie ciał obcych; małe włoski przy wejściu nie stawiają zapory nawet drobnym owadom.

Dotychczas przeróżne ciała obce znajdowano już w uszach, jak: wodę, ziemię, piasek, kamyczki, paciorki, kosteczki, kawałki ołówków, główki zapałek, ziarnka, pestki, włosy, zęby, robaczki i owady. Naturalnie wszystkie te ciała aby się mogły zmieścić w przewodzie, muszą być przynajmniéj w jednym wymiarze mniejsze, aniżeli światło jego.

Następstwa znajdowania się ciał obcych w przewodach słuchowych zależą zawsze od ilości, wielkości i jakości tychże. Niekiedy przez długi szereg lat wcale żadnych albo mało tylko znaczne wywołują zmiany chorobowe i dolegliwości, czasami zaś sprowadzają najrozmaitsze cierpienia groźne, a nawet śmiertelne. Zważając na ich budowę anatomiczną można się spodziewać przedewszystkiém skutków pochodzących od bezpośredniego zadraźnienia lub ucisku błony wyścielającéj; zatém przekrwienia, zapalenia, ropienia części miękkich, potém twardawych; następnie przebicia bębenka; zniszczenia kostek słuchowych, ślimaka, błędnika, próchnienia kości skalistéj itd. Zmianom tym chorobowym zazwyczaj towarzyszą: dokuczliwy ból w uchu i w odpowiedniéj połowie twarzy, zawrót głowy, kaszel, kichanie. Czasem występują objawy podrażnienia lub porażenia w obrębie gałęzi obwodowych nerwu trójdzielnego i błędnego jako drgawki twarzowe, kurcze krtaniowe, przeponowe, żołądkowe i połowicze odnóg, a niekiedy i ogólne cierpienia nerwowe odruchowe (*Reflexneurosen*), jako padaczka, nie- i przeczulica, porażenia połowicze będące następstwem obecności ciał obcych w przewodach słuchowych. Jak w jednym tak i w drugim kierunku znane są w literaturze wybitne przykłady, z których tu kilka przytaczam: 1) Dr. Rein (*Prag. Ver. Ztng 1862*) znalazł kieł ludzki nadpróchniały w przewodzie usznym, który tam od 40 lat bez sprawienia najmniejszéj dolegliwości spoczywał. 2) Michel

(Allg. Wien. Med. Ztng. 1862) opisuje przypadek, w którym wałeczkowaty kawałek grafitu 4½‴ długi a 3‴ gruby, 2 lata bez żadnych złych następstw w uchu pozostawał. 3) Dr. Politzer *(Moos, Ohrenheilkunde)* wyciągnął z ucha pewnemu lekarzowi po 22 latach kawałek ołówka 12‴ długi a 3‴ gruby. 4) W otyjatryce Toynbyego wspomniany jest przypadek, gdzie główka zapałki fosforowéj przez 15 lat w woskowinie ugrzęzła i tkwiła. 5) Ja wydobyłem z ucha żołnierza ziarnko kukurydzy, które od 10 lat mu w uchu pozostawało i oprócz przytępienia słuchu żadnych innych złych następstw nie wywołało.

Takie pomyślne atoli przypadki należą zawsze do rzadkich: o wiele więcéj jest zaznaczonych w literaturze z niepomyślnym przebiegiem. 6) Arnold *(Moos, Ohrenheilkunde)* opisuje przypadek, w którym dziewczynka przez dłuższy czas doznawała kaszlu, wymiotów, przytém widocznie chudła; trwało to tak długo, dopóki nie wydobyto jéj z obu przewodów usznych po ziarnku fasoli, które od kilku lat tam tkwiły. Wydobyciu towarzyszył silny kaszel, wymioty i kichanie, poczém zupełnie wyzdrowiała. 7) Toynbee *(Moos, Ohrenheilkunde)* podobne przypady chorobowe uważał w skutek kawałeczka kości w uchu. 8) Tröltsch *(Chirurgie von Pitha u. Billroth)* podaje, iż Fabricius Hildanus wyleczył dziewczynkę cierpiącą na padaczkę, zanik jednéj odnogi górnéj i nieczulicę połowiczą, gdy mu się udało wydobyć z ucha kulkę szklanną, która od 8 lat tam zalegała. 9) Handsfield Jones *(Lancet 1863, Schmidt's Jahrbücher 1864)* opisuje porażenie połowicze z kurczami w skutek dostania się owadu do przewodu słuchowego. 10) St. Laurent Hilairet *(Gaz. des Hôp. 1860)* podaje następujące zdarzenie: Dziecko czteromiesięczne cierpiało od miesiąca na wymioty i drgawki, które po kilka razy dziennie z krzykiem nagle się zjawiają, przeważnie lewą połowę ciała zajmowały. Po niejakim czasie pokazał się ropotok z ucha prawego i porażenie połowicze prawe. Wszystkie te przypady ustąpiły, skoro podczas wystrzykiwania ucha wodą wypłynęła z niego ciemna grudka, która niczém inném nie była jeno zwiniętym stonogiem. W 4 miesiące późniéj dziecko zupełnie wyzdrowiało. 11) Dr. Israel *(Berl. klin. Woch. 1876)* opisuje bardzo ciekawy przypadek, który przy pomocy profesora Langenbecka operował. Młodzieńcowi 20-letniemu wydłubującemu sobie woskowinę z ucha ołówkiem z główką kościaną, oderwała się ta główka podczas dłubania i utkwiła w lewym przewodzie słuchowym. Kilku lekarzy berlińskich nadaremnie starało się ją wydostać; w miesiąc późniéj pacyjent przyjęty do szpitala skarżył się na ból głowy po lewéj stronie, rwanie i kłócie w lewém uchu. Przez wziernik sprawdzono przedziurawienie bębenka i ciało obce z gładką lśniącą powierzchnią tkwiące w jamie bębenkowéj. W 3 dni po przyjęciu powstały dreszcze z gorączką (41·1 C.) która po 36 godzinach sama ustąpiła a natomiast ropotok z lewego ucha się pojawił. Pijawki, przyparki usunęły ból w uchu, lecz próby wydobycia ciała obcego nawet podczas uśpienia okazały się bezskutecznemi. W tém pewnego dnia ustaje ropotok, a gorączka (39·6° C.) podniosła się z tętnem nieregularném, wymiotami, oraz szeregiem objawów nerwowych jako to: drgawkami powiek i twarzy po lewéj stronie, zwężeniem źrenicy prawéj a rozszerzeniem lewéj, rwaniem w członkach, przeczulicą całéj skóry i skurczem pięści lewéj, który to stan trwając przez 11 dni zniewolił ostatecznie do wykonania rękoczynu w celu dobycia owego ciała z ucha. Cięciem okrążającém małżowinę oddzielono ją wraz z okostną wyrostka sutkowego od kości, podważono ku przodowi z całym przewodem chrząstkowym i wtedy wyciągnięto z dna jamy bębenkowéj ową fatalną kostkę. Rana spojona katgutem pod oprawą uciskającą zagoiła się wkrótce, a wszystkie objawy chorobowe ustały. 12) Podobny do właśnie opisanego przypadku wydarzył się mnie i koledze Dr. S. w Brzeżanach. 20-letni młodzieniec zgłosił się do nas przed 6 laty z prośbą, aby mu wyjąć taką samą kostkę z ołówka, która mu w uchu utkwiła. Widzieliśmy wyraźnie kostkę w przewodzie usznym, lecz wszelkie nasze usiłowania wydobycia jéj były bez skutku, nieposiadaliśmy bowiem żadnych narzędzi usznych. Poradziliśmy tedy pacyjentowi, aby jechał natychmiast do specyjalisty do Lwowa, lecz ten zamiast do Lwowa udał się do zegarmistrza miejscowego, który cienkiemi kleszczykami kostkę uchwyciwszy, wydobył ją z ucha. 13) W grudniu r. 1877 miałem sposobność przekonania się u pewnego żołnierza, któremu kolega Dr. W. z ucha ziarnko grochu od dziecięctwa tam zalegające wydobył, że przytępienie słuchu, wywołane usadowieniem się groszku w przewodzie słuchowym, pomimo iż groszek wydobytym został, nie ustąpiło.

Z podanych przykładów widzimy, że nie chcąc się narazić na zarzut lekceważenia a pacyjenta na nieprzewidziane szkody, każde ciało obce z przewodu słuchowego o ile można najrychléj wydobyć należy. Gdyby w takich razach natychmiast użyto stósownéj pomocy lekarskiéj, wydobycie byłoby po większéj części łatwém, zazwyczaj jednak przed przybyciem lekarza pacyjent sam albo domowi starają się udzielić pierwszéj pomocy, przy któréj nie posiadając odpowiedniéj wprawy, ani stósownych narzędzi, zamiast wydobyć, głębiéj wpychają ciało obce do przewodu, tak, że późniéj lekarzom daleko trudniéj obce ciało uchwycić i wyciągnąć. W lecie r. z. zawezwano mnie na naradę lekarską z kolegą L. do chłopczyka czteroletniego, któremu podczs snu pestka z wiśni do ucha się wtłoczyła. Nim nadszedł kolega L. już i babka i ciotka próbując szczęścia starały się drutem i szpilką podwójną od włosów pestkę wyważyć, lecz naprożno. Gdyśmy się obaj zjawili, chłopiec tak był już przestraszony i zrażony dawniejszemi manipulacyjami, iż drżał na całém ciele na nasz widok, krzyczał i ani przystąpić do siebie nie pozwalał.

Po zadaniu 0,50 wodanu chloralu zobaczyłem w czasie snu pestkę w uchu, lecz tak głęboko, że ani podważyć, ani uchwycić jéj nie mogłem, a wstrzykiwań ciepłą wodą zastósowac także nie było można, gdyż chłopiec już się przebudził i wcale nie myślał spokojnie się zachować. Chciałem jeszcze raz za pomocą chloralu w większéj ilości zadanego mocniejszy sen sprowadzić, i próbować sposobu naklejenia lecz nie zgodzono się na moją propozycyję i pestka pozostała w uchu.

Trudności, jakich dwukrotnie doświadczyłem przy dobywaniu ciał obcych z przewodów słuchowych zewnętrznych, skłoniły mnie do robienia doświadczeń już to na umyślnie w tym celu z papieru ulepionych cewkach na kształt przewodów słuchowych, już też na żywych wkładając do przewodów różne ciała do nitki przyklejone.

W skutek takich doświadczeń doszedłem do następujących wyników:

a) Im drobniejsze ciało obce i im bliżéj wejścia się znajduje, tém łatwiéj, im więcéj i głębiéj zaklinowane w przewodzie, tém trudniéj go dostać.

b) Największe trudności napotkałem przy ciałach ostrych tkwiących obu ostremi końcami w ścianach przewodu.

c) Niezbędnemi warunkami przy dobywaniu ciał obcych z ucha są 1) spokój zupełny ze strony pacyjenta, 2) stósowne narzędzia i sposoby.

Spokój bezwzględny sztucznie zawsze daje się sprowadzić u dorosłych za pomocą chloroformu, u dzieci za pomocą chloralu. Z narzędzi potrzebnemi są: wziernik uszny, łyżeczka Daviela. kleszczyki. strzykawka średniéj wielkości, skubanka. klej stolarski i skalpel.

Sposoby dobywania są bezkrwawe i krwawe. Do bezkrwawych, których naturalnie zawsze pierwéj użyć wypada, należą: *a)* Wyważenie, *b)* wypłokanie, *c)* wyciągnięcie, *d)* naklejenie. Do krwawych zaś: *a)* Metoda Langenbecka, *b)* przez nacięcie ściany przewodu.

Względnie do różnych ciał i ich usadowienia się w przewodzie, różnego wypada użyć sposobu. Gdy ciało obce jeszcze u wejścia się znajduje, łatwo łyżeczkę Daviela można po za nie wprowadzić. którą wyważa się ciało na zewnątrz. Ciała drobne lub takie, które w wodzie się rozrzedzają np. ziemia, piasek. paciorki, owady, najpewniéj i najłatwiéj wypłókać. Wypłókuje się wpuszczając silny prąd wody ciepłéj za pomocą strzykawki do przewodu zawsze po jednéj ścianie, najlepiéj po téj, do któréj ciało obce nie przylega szczelnie. Ciała twarde a cienkie tkwiące w uchu np. szpilki, druciki, kosteczki, ołówki najlepiéj kleszczykami małemi uchwycić i wyciągnąć. zaś ciała twarde a okrągłe lub kuliste zaklinowane w przewodzie np. ziarnka grochu, fasoli, kukurydzy, pestki, kostki z ołówków, kuleczki śrutu, szklanne, najłatwiéj przez wypłókanie albo naklejenie się wydobywa. Naklejenia myśl podał E n g e l L ö w e n b e r g i w następujący robi się to sposób: Bierze się najpierwéj klej stolarski, nalewa wodą na 24 godzin, potém paruje się w łaźni wodnéj. Gdy dojdzie gęstości syropu macza się koniec pędzlika ze skubanki przygotowanego w tym gąszczu, wprowadza go następnie przez wziernik do ucha. podsuwa do ciała obcego i pozostawia w zetknięciu przez 2—3 godzin po upływie tego czasu wyjmuje się pędzlik zazwyczaj (jeśli było sucho w uchu) już z przyklejoném ciałem obcém. Sposób ten jako bardzo łatwy i praktyczny zasługuje na rozpowszechnienie. Dr. R. H o l i d a y w „*The Clinic of Cincinnati*“ podaje następujący sposób: Bierze on kilka włosów z ogona końskiego 6" długich, zgina je w pętlę i wprowadza jak można najgłębiéj do przewodu. Następnie skręca ostrożnie tą pętlą, pociąga ją, a za pierwszém lub drugiém pociągnięciem wydobywa ciało obce. Sposobem tym, jakkolwiek bardzo zachwalonym udało mi się wydalić z ucha tylko takie ciała, które blizko u wejścia i niezaklinowane w uchu były. Manipulacyja z pętlami włosia w ogóle była dla mnie trudniejszą, niżeli wszystkie, wyżéj wymienione bezkrwawe sposoby.

Dr. Z a u f a l (*Corespondenzblatt für Böhmen 1873)* zaleca przy wydobywaniu ciał obcych z ucha trzymać się następujących prawideł: *a)* Przekonać się za pomocą wziernika (a nie zgłębnika), czy i w którém miejscu znajduje się ciało obce, *b)* jeżeli przewód jest tak obrzmiały, że wziernika wprowadzić nie można. należy pierwéj obrzmienie usunąć, *c)* zbadawszy miejsce usadowienia i jakość ciała trzeba użyć odpowiedniéj metody, *d)* gdy istnieje wątpliwość co do jakości, zacząć od wstrzykiwań, a skoro po kwadransie nic się nie pokaże, użyć zaraz naklejenia, bo za pomocą tego sposobu nawet z jamy bębenkowéj ciało obce wydobyć można.

Po bezskutecznem użyciu opisanych powyżéj sposobów bezkrwawych. jeżeli groźne przypady życiu lub zdrowiu zagrażają. przystępuje się do rękoczynu jednym z podanych sposobów tj. albo przez nacięcie ściany przewodu np. przy wbiciu się igły w przewodzie, albo też metodą, któréj użył Dr. Israel z Langenbeckiem w powyżéj podanym przypadku.

III. Śmierć z ujścia krwi u noworodka.

Podał Dr. **A. Reifer**,
lekarz miejski i sądowy w Tarnobrzegu.

Przeczytswszy w Przeglądzie Lek. sprawozdanie z wykładu prof. Hofmanna w przedmiocie krwotoku z pępowiny noworodków, przypomniałem sobie przykry epizod z własnéj praktyki, a ponieważ wniosek ostatni słynnego profesora nie zamyka jeszcze stanowczo aktów co do sprzeczności zapatrywań, czy zaniechane uciśnienie pępowiny pociąga za sobą niebezpieczeństwo dla płodu lub nie, zamyślam dodać cegiełkę do budowy i podzielić się z kolegami nabytém doświadczeniem.

W jesieni r. 1873 pani Ż. K., żona inżyniera, wśród ciężkiego porodu wezwała mię do wsi o milę od mego mieszkania odległéj. Z pośpiechem wskazanym w takich przypadkach pojechałem do znanéj mi rodziny, ale już na progu przyjął mnie mąż z wiadomością, że poród ukończony. Oświadczenie było jasne, konkluzyja przeto konieczna „już teraz chwała Bogu pomoc pańska zbyteczna“. Zobaczę panią odpowiedziałem, z powagą lekarza, który umie ocenić wartość poglądów ludzi niezawodowych.

Pani K. średniego wzrostu, dobréj tuszy i ze zdrowéj pochodząca rodziny, od wielu lat cierpiała na niedokrewność, a ponieważ była jedynaczką w domu i szczęśliwą w pożyciu małżeńskiém, przeto często zapadała na „nerwy“.

W ogóle teraz częściéj domagają się, ażeby rozstrojone nerwy poskramiać a uśmierzone na tory normalne wprowadzać i choroba ta przyprowadzająca do rozpaczy zmiennością swoją chorych a ostatecznie i lekarza stała się endemiczną, powiedziałbym przestała być prerogatywą wielkich pań i przeszła do obozu demokratycznego.

Czując zbliżający się kres ciąży, pani K. sprowadziła była akuszerkę o tydzień pierwéj niż była potrzebną. Skutkiem tego stara akuszerka, która od czterdziestu lat wypełnia wszystkie czynności swego powołania dokładnie, ale automatycznie, obojętnie i bez zastanowienia, nadzwyczaj była zmęczoną po kilku nocach bezsennych. Poród był z rzędu trzeci, dzieci starsze miały cztery i dwa lata. Czynność porodowa trwała przeszło 16 godzin i bardzo rodzącą osłabiła. Właściwie jednak tylko okres pierwszy zbyt się długo przeciągał dla rzadkich i niedostatecznych bólów wykluczenie płodu nad półtory godziny czasu nie zabrało. Dziecko urodziło się przed 25 minutami a łożysko jeszcze nie odeszło. Upławy krwawe obfite, a przez ściany brzuszne można było wyśledzić macicę spłaszczoną, worczastą, z dnem po nad pępek sięgającém *(atonia uteri)*. Tętno 84 słabe, tętnica sprychowa cienka, pacyjentka blada, śpiąca.

Gdy pokropienie zimną wodą, nacieranie brzucha, i zadany wyciąg sporyszu po sześć ziarn dwa razy w przeciągu pół godziny nie skutkowały, nie mając zaufania do wskazań Hippokratesa [1]) i akuszerów angielskich [2]), oświadczyłem pa-

[1]) Oddz. V. Afor 49. *Ἐς ὑστερέων ἐκπτώσιας πταρμικὸν ἐπιτιθεὶς* (sternutatorium applicans) *ἐπιλαμβάνειν* (comprimere) *τοὺς μυκτῆρας καὶ τὸ στόμα.*

[2]) Ueber Geburtshülfe u. Gynaekologie in Frankreich, Grossbritanien etc. v. Dr. Arneth 1853. str. 228.

nu K., że trzeba rękoczynem ułatwić zakończenie porodu, gdyż teraz spokojna na pozór pacyjentka w większém jest niebezpieczeństwie niż przed godziną, gdy ją bóle zniewoliły do głośnych użaleń. Po krótkiéj opozycyi ze strony męża, przystąpiłem do wydobycia łożyska, które w górnéj prawéj stronie było przyczepione w przestrzeni przeszło dwóch cali kwadratowych. Wyjąłem je bez przeszkody całkowicie, guzy łożyskowe były gładkie i nie okazały braku lub zmian chorobowych.

Mimo drażnienia sprawionego ręką operującą, bóle porodowe nie nastąpiły, krew w wielkiéj obfitości odpływała. Tylko ciągłém ugniataniem dna i górnéj połowy macicy małą wywołałem odporność. Trzeba było całą dłonią naprzemian to nacierać to objąć silnie i ugnieść dno macicy, aby wywołać skurcz nie dłużéj niż chwilę trwający. Mdłości i wątłość zwalczałem także środkami skrzepiającemi i podniecającemi, oblewaniem brzucha zimną wodą, chwilowym zimnym prądem wody z strzykawki przez pochwę i uspokojeniem bojaźliwéj pacyjentki.

Wśród takich przypadów, które zajęły moją całą uwagę i wymagały skupienia sił umysłowych i fizycznych nie myślałem o noworodku. Słyszałem jednak niezbite dowody obecności jego i niezadowolenia objawione donośnym płaczem.

Już druga kończyła się godzina od wydobycia przyczepin płodowych, krew przestała się sączyć, macica przestankami ugniatana kurczyła się i ściągała, gdy zmęczony tą manipulacyją miałem zamiar wezwać akuszerkę, aby mię zastąpiła. Odwróciwszy się do niéj, widziałem ją drzemiącą obok noworodka teraz słabo kwilącego w poduszce. Przystąpiłem do dziecka, które było przerażająco blade, a wiedziony złowrogiém przeczuciem otwieram poduszkę, aż tu istna kałuża krwi, dziecko leży w kąpieli krwawéj. Pępowina blisko dwa cale długa, z brzegami gładko ściętemi, nie podwiązana. Akuszerka zapewnia, że ją jak zwykle tasiemką zawiązała i znalazła jeszcze we krwi pętelkę, która się była ześliznęła. Zeznania jéj uważam za wiarogodne, zwłaszcza, że wieloletnie jéj doświadczenie nie dozwoliłoby takiego zapomnienia i że na sznurku łożyskowym znalazłem jeszcze podwiązkę. Trzymała się bowiem zasady zakładania podwójnych pętlic i przecinania między niemi pępowiny.

Ponieważ ciało dziecka całe było chłodne, oddech bardzo powolny, płytki, ruch serca zaledwie słyszalny, kazałem po ponowném podwiązaniu pępowiny włożyć je do ciepłéj kąpieli, podawać rumianek z kilkoma kroplami wina, pokrapiać zimną wodą i pobudzić do krzyku dla ułatwienia obiegu krwi i zatrzymania widocznie ulatującego życia. Sam przykuty stanem położnicy, który znów się pogorszył pod wpływem nieszczęśliwego przypadku, nie mogłem uczestniczyć w cuceniu dziecka. Matkę uspokoiłem, macicę mechanicznie ugniataniem zwijałem. Po dziesięciu minutach akuszerka daje znać, że po bezowocnych usiłowaniach przywrócenia do życia, dziecko kończy.

Dziecko zatém umarło z przyczyny ujścia krwi z pępowiny. Nie znalazłem przy oględzinach zewnętrznych innych zmian mogących wywołać lub przyczynić się do tak nagłéj śmierci. Kiedy pętla odeszła a krwotok powstał, dokładnie wiedzieć nie można, wnioskuję jednak po słabnącym płaczu dziecka, że krwawienie trwało około 15 — 20 minut. Śmierć nastąpiła w niespełna trzy godziny po urodzeniu się dziecka, które zaraz po wyjściu z łona matki oddychało, krzyczało i nic było w stanie zamartwicy.

Oprócz opisanego, znany mi jeszcze z opowiadania drugiéj akuszerki przypadek, w którym podwiązka także nienależycie ścisnęła pępowinę i krwotok wywołała. Pępowina, jak mówi położna, zrazu była twarda, gruba, naprężona, a w pół godziny potém rowek podwiązany tak się rozszérzył i pępowina tam tak ścieńczała, że podwiązka założona *lege artis* obwisła. Spostrzeżono wcześnie krwawienie, ściągnięto silniéj i przypadek przebiegł bez następstw.

U zwierząt, które jak wiadomo ugryzają łożysko, nie wydarzają się krwotoki, prawdopodobnie z tego powodu, że odkąsanie i przerywanie pępowiny trwa dość długo, że jest połączone z ugniataniem silném i kręceniem naczyń krwionośnych w całém ich przebiegu i nareszcie, że przerwane końce tychże naczyń nierówno wystrzępione kurcząc się nie jednostajnie, zatykają światło żył.

Choćbyśmy jednak przypuścili, że pępowina niepodwiązana nie zawsze pociągnie ujścia krwi, to doświadczenia smutne jak powyższe acz wyjątkowe, powinny skłonić lekarzy do nieporzucenia zwyczaju wiekami uświęconego.

IV. Oceny i sprawozdania.

O metaloskopii i metaloterapii zastósowanéj do leczenia ciężkiéj (padaczkowéj) formy macinnictwa. *(hystero-epilepsia).* (Sprawozdanie z odczytu prof. Charcota mianego w Salpêtrière d. 30 grudnia 1877.) Podał Dr. Stanisław Ponikło.

Jedną z metod od dawna zalecanych ku leczeniu macinnictwa, zwłaszcza téż ciężkiéj, padaczkowéj odmiany tego cierpienia, jest tak zwana metaloterapija, znana także pod mianem metody Burq'a, który pierwszy ułożył system tego sposobu leczenia i starał się udowodnić doświadczalnie, że niektóre metale zdolne są wywrzeć swoisty wpływ na poszczególne objawy chorobowe macinnictwa. Rozróżniamy wedle tegoż metaloterapiję zewnętrzną i wewnętrzną; zewnętrzna jest metodą wcześniejszą i polega na zastósowaniu metali na powierzchnię ciała, wewnętrzna zaś polega na podawaniu metali wewnętrznie, skoro wewnętrzne tychże zastósowanie wydało uprzednio pewne znaczące wyniki. Metaloskopija jest niejako przygotowawczą częścią metaloterapii właściwéj; ma ona na celu wyszukanie takiego metalu, który zdolny jest w sposób swoisty, sobie tylko u danego indywiduum właściwy, zmienić przypady chorobowe macinnictwa a w szczególności wywrzeć pewien osobliwy wpływ na objaw upośledzonego czucia i osłabienie siły mięśniowéj. Zachodzi tu pytanie, w jaki sposób mamy szukać tego właściwego metalu w danym przypadku? Nasamprzód doświadczamy metalu, który wedle doświadczeń Burqa, najczęściéj zmienia skutecznie w mowie będące przypady, a tym metalem jest żelazo; jeżeli doświadczenie z żelazem niedoprowadziło do pożądanego wyniku, należy doświadczać kolejno innych metali, jednego po drugim, i tak: złota, miedzi, zynku, cyny itd., póki nam się nie uda napotkać metal **właściwy** dla danego indywiduum, na który ono wyłącznie jest **wrażliwe**. Doświadczenie zaleca autor wykonać w sposób następujący: weźmy np. chorą z połowiczą znieczulicą po stronie lewéj. Za pomocą kłócia igłą przekonaliśmy się, że nie ma ani śladu czucia po stronie lewéj. Przyłożywszy płytkę miedzianą na skórę części pozbawionéj czucia np. na ramię (po poprzedniém przekonaniu się, że chora w mowie będąca jest właśnie wrażliwą na miedź) zauważymy po krótkim przecią-

gu czasu, od kilku sekund do 15 lub 20 minut, że czucie zaczyna powracać i że każdorazowe ukłócie igłą pociąga za sobą ból. Nadto dostrzeżemy zarumienienia skóry w najbliższém sąsiedztwie zastósowanéj płytki metalowéj a ranki po ukłóciach szpilką, które pierwéj nie broczyły, poczynają broczyć obficie. Co więcéj, dostrzeżemy znakomitego wzmożenia się siły mięśniowéj, tak iż gdy poprzednio chora, badana siłomierzem okazała siłę mięśniową równą np. 15 do 20 kilo, obecnie siłomierz wskazuje cyfrę dwa razy wyższą. Zniknęła zatém pod wpływem właściwego metalu tak znieczulica, jak niedomoga mięśniowa. Doświadczenia takie wykonywał Charcot z dobrym skutkiem w obecności pp. Luysa, Dumonpelliera, w obec komisyi tow. bijologicznego w Paryżu i wielu lekarzy, między innymi Klaud. Bernarda, Beclarda, Berta, Bouleya i Vulpiana.

Jeżeli w dalszym ciągu co dopiero opisanego doświadczenia, przez dłuższy czas bez przerwy trzymać będziemy odnośny metal w zetknięciu ze skórą, to zauważymy, że czucie, które było powróciło bezpośrednio po zastósowaniu metalu, po upływie pewnego czasu znowu zniknie a może nawet ustąpi miejsca znaczniejszéj niż przed doświadczeniem znieczulicy, tak że gdyśmy pierwéj postrzegli tylko brak bólu po ukłóciu, obecnie chora wcale nie jest świadomą takowego. Jeżeli przeciwnie usuniemy płytkę metalową, skorośmy tylko uzyskali powrót czucia, to czucie trwa przez czas dłuższy, przez kilka godzin a nawet do jednego lub dwóch dni; nadto czucie staje się ogólném, powracając nie tylko w pobliżu miejsca zetkniętego bezpośrednio z metalem, lecz rozpościerając się na całą przestrzeń pozbawioną czucia. W każdym razie jednak jest to tylko zjawisko przemijające, a po upływie pewnego czasu chora popada napowrót w znieczulicę.

Możnaby sądzić, że zjawiska wyżéj opisane, wywołane zetknięciem się metalu z powierzchnią ciała nie są niczém inném, jak tylko stanem nazwanym przez angielskich fizyjologów „expectant attention,“ a które polega na codzienném spostrzeżeniu, że jeśli kto zwróci uwagę na pewien punkt ciała swego i pomyśli sobie jakiś podmiotowy objaw, np. swędzenie, to sama ta myśl wystarcza do wywołania podmiotowego uczucia w témże miejscu. Ten sposób tłumaczenia zjawisk wyżéj przytoczonych stara się Charcot odeprzeć następującemi doświadczeniami i dowodami. Nasamprzód kładzie nacisk na tę okoliczność, że doświadczenia te robił między innemi na chorych w praktyce prywatnéj, których po raz pierwszy miał sposobność widzieć, a które wszystkie okazały się wrażliwe stale i wyłącznie na pewien metal, nie reagując wcale na żaden inny; większa część chorych nie wiedziała, jakie metale były zastósowane i z pewnością nie była świadomą skutków, przypisywanych metaloterapii.

Daléj przytacza autor ciekawe zjawisko, po raz pierwszy przez siebie spostrzegane, które nazwał „zjawiskiem przemieszczenia“ *(phenomène de transfert)*: weźmy np. chorą z połowiczą znieczulicą strony lewéj, u któréj po stronie prawéj czucie jest zupełnie prawidłowe; jeżeli tedy wprowadzimy w zetknięcie ze skórą części choréj metal właściwy, to czucie w sąsiedztwie metalu powróci, lecz jeśli teraz będziemy badać czucie części przeciwnéj, zdrowéj, w miejscu zupełnie symetryczném z miejscem części choréj, pozostającém w zetknięciu z metalem, pod wpływem którego czucie przywróconém zostało, to dostrzeżemy, że w miejscu rzeczoném nastąpiła znieczulica, tak iż mamy do czynienia niejako z pewnym rodzajem przemieszczenia czucia. Trudno zaś przypuścić, aby podobne zjawisko stale uważane mogło być zmyślane przez macinniczki.

Również przytacza autor inne ciekawe zjawisko, dotyczące upośledzenia wzroku w macinnictwie. Wiadomo, że w macinnictwie rozwija się czasem niedośłep oka strony ciała znieczulonej. Jedną z cech tegoż jest tak zwana achromatopsia tj. ścieśnienie pola widzenia względnie barw. Ścieśnienie to może czasem dosiągnąć tak wysokiego stopnia, że chora traci zupełnie poczucie barw i widzi wszystkie przedmioty w barwie brudno-szaréj, jak gdyby były pociągnięte sepią. Co więcéj uważamy tu to szczególne zjawisko, że poczucie barw w przebiegu tego zboczenia znika w pewnym ściśle oznaczyć się dającym, stałym porządku, odmiennym od kolei widmowéj barw. I tak nasamprzód ustępuje poczucie barwy fijoletowéj, daléj zielonéj, czerwonéj, pomarańczowéj, żółtéj; najpóźniéj znika poczucie barwy niebieskiéj a chore zachowują dokładne poczucie tejże barwy aż do chwili zupełnéj utraty poczucia barw. Jeżeli tedy choréj dotkniętéj achromatopsyją np. oka lewego przyłożymy w pobliżu oka płytkę miedzianą, (na który metal chora jest wrażliwą, jak nas o tém pouczyło poprzednio uskutecznione doświadczenie metaloskopijne), to doświadczymy po upływie kilkunastu minut, przesuwając przed chorém okiem różnobarwny papier, że poczucie barw powróciło a co szczególniejsza, że poczucie pojedynczych barw powracało wedle odwrotnego porządku, w jakim w rozwoju cierpienia znikało. I tak najprzód odzyskuje chora poczucie barwy niebieskiéj, następnie żółtéj, pomarańczowéj, czerwonéj, zielonéj a wreszcie fijoletowéj *). Odjąwszy następnie płytkę, przekonamy się, że poczucie barw pocznie ustępować i to dokładnie tąż samą koleją, w jakiéj te barwy w przebiegu zboczenia w mowie będącego znikały; wreszcie po ustąpieniu poczucia barwy niebieskiéj chora popada w stan niedośłepu, jaki okazywała przed doświadczeniem. *(The Lancet* 1878, Nr. 2 i 5).

(Ciąg dalszy nastąpi. **)

Krull: **Leczenie żółtaczki nieżytowéj za pomocą wstrzykiwań zimnéj wody do odbytnicy.**

Dr. Krull zachwala lawatywy z zimnéj wody w leczeniu żółtaczki nieżytowéj. Za pomocą irygatora daje raz na 24 godzin lawatywę z zimnéj wody w ilości od jednego do 2ch litrów, któréj ciepłota za pierwszym razem winna być 12° R. a następna o 3 stopnie więcéj, gdyż jelito trudniéj znosi niższą ciepłotę, gdy takowa jest równą ciepłocie pierwszéj lawatywy. Należy, aby chory o ile możności zatrzymał lawatywę jak najdłużéj. Według Dra K. wystarczy najwyżéj 7 lawatyw do zupełnego wyleczenia.

Lawatywy z zimnéj wody mają usuwać uczucie ciężkości w dołku, ból głowy i zmniejszać brak łaknienia. Gdy choroba trwa od niedawna, po 24ch godzinach widzi się polepszenie znaczne, gdy dłużéj, polepszenie wybitne przychodzi po kilku dniach. Według autora lawatywy z zimnéj wody zwiększają ruch robaczkowy kiszek i pobudzają wydzielanie żółci, któréj obfitość w drogach żółciowych przeszkadza jéj wolnemu wypływowi. *(Gaz. des Hôp. Nr. 146, 18 Decembre 1877.)* *Dr. M. Ż.*

---

*) Doświadczenie to wykonywał Charcot kilkakrotnie na posiedzeniach „Société de Biologie“ w obecności prof. fizyjologii Berta.

**) Jak skoro się tylko ukaże w Lancecie.

Leop. Weiss: **Gruźlica oka.**

U 27-letniego mężczyzny, wystąpiły wśród objawów zapalenia, obrzęku spojówki gałkowéj, bólów, wyparcia gałki naprzód, przy zamgleniu rogówki i wypocinie w źrenicy, oznaki zapalenia n. wzrokowego, siatkówki i jagodówki; siatkówka była barwy jasnéj, o nierównéj powierzchni; prawie całkowita ślepota; *punctio orbitae;* wydobyto nieco krwi; nieznaczne polepszenie; po jednotygodniowém trwaniu choroby śmierć. Sekcyja: *Encephalomeningitis tuberculosa,* w naczyniówce świeże i zsérowaciałe gruzełki; krwotok i oderwanie siatkówki i ciałka szklanego. Przed śmiercią wystąpiły drgawki i bezprzytomność. Płuca za życia zdrowe, po śmierci wolno było zbadać tylko mózg i oko; nie wiadomo więc, czy gruźlica mózgu i oka była tu pierwotną, czy téż drugorzędną. Bardzo dokładnie zbadał W. pod drobnowidem gruzełki naczyniówki również i w 2gim przypadku, który się tyczył 20-letniego mężczyzny, zmarłego wśród oznak zapalenia opony miękkiéj mózgu, zézu itd.; przy sekcyi znaleziono gruzełki prosówkowe trzew, gruzełki naczyniówki około plamki żółtéj. W. nie przypuszcza w tych 2ch przypadkach nazwy Hirschberga: *Choroiditis tuberculosa*, któraby mogła być stósowaną niekiedy w gruźlicy pierwotnéj oka; razem z Weckerem i Poncetem sądzi autor, że naciek zapalny naczyniówki jest skutkiem drażnienia mnóstwa porozrzucanych gruzełków. W 3cim przypadku u 51-letniego mężczyzny nastąpiła w skutek wstrząśnienia utrata wzroku, który na oku lewém nieco się polepszył; w obu oczach utworzyła się zaćma. Na prawém oku doznał chory po zapaleniu płuc zapalenia rogówki, owrzodzenia tejże, zaćmienia ciałka szklanego, na powierzchni tęczówki pojawiły się guziczki, na błonie Descemeta złogi, a w źrenicy wypocina. Po wcieraniu szaruchy guziczki tęczówki, które uważano najprzód za kiłaki, potém za ziarniaki, szybko się rozmnożyły, powyrastały nawet z obwodu rzęskowego tęczówki; w spojówce gałkowéj widać było guziczki nowotworzone. Gdy śród tworzenia się garbiaka twardówki chory prawie całkiem wzrok utracił, wyłuszczono gałkę, znaleziono gruzełki w brodawce n. wzrokowego, w siatkówce, w całéj długości jagodówki, ropę wewnątrz oka i oderwanie siatkówki. Po 6 miesiącach wycięto choremu nabrzmiały i bolesny gruczoł limfatyczny podszczękowy ze strony prawéj', zsérowaciały i z mnóstwem gruzełków. W. uważa ten przypadek za gruźlicę pierwotną oka i sądzi, że gruzełki powstały tu w tkance zapalnéj w skutek zmian miejscowych lub wpływu skazy krwi.

Ciekawém jest, że W. przytaczając też samą literaturę i odnosząc się do prac tychże samych autorów, zajmujących się badaniem komórek olbrzymich, które referent już przed $1\frac{1}{2}$ rokiem w Przeglądzie Lek. (1876, Nr. 48—51) uwzględnił, przychodzi całkiem niezależnie do takich samych wniosków i zdań co do przyrody gruzełka, postaci téj choroby w oku i co do znaczenia i pochodzenia komórek olbrzymich (por. Przegląd Lek. Nr. 1—3, 1878) *Dod. Sprawozd. (Archiv. f. Ophthalmologie,* t. 23, dział 14, str. 57—158).

Laskiewicz-Friedensfeld (Wiedeń).

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne II. z dnia 16go stycznia 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 27.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Zarewicz złożył na ręce kol. biblijotekarza dar kol. Szeparowicza „Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj“.

3) Z kolei zabiera głos kol. Ponikło: „Temi dniami zwrócił uwagę Dr. Wilkosz na przypadek chorobowy leczony w szp. św. Łazarza, który uważany początkowo jako dur brzuszny, budził jednak podejrzenie na dur powrotny. Badanie krwi wykazało w samej rzeczy obecność pasorzyta właściwego durowi powrotnemu. Pasorzyt ten został wykryty poraz piérwszy we krwi osób chorych na dur powrotny przez Obermeyera w r. 1873, ale już w r. 1832 wykrył Ehrenberg w wodzie stagnującéj pasorzyt, którego dotychczas nie jesteśmy w stanie odróżnić od pasorzyta w mowie będącego, z tego więc powodu musimy obydwa uważać za twory identyczne. Ehrenberg nazwał go *spirochate plicatilis.* Pasorzyt duru powrotnego widzieć można pod drobnowidem przy powiększeniu od 600 razy; przedstawia on się w kształcie cieniutkiéj niteczki, podobnéj do nitki skrzepłego włóknika, długości od $1\frac{1}{2}$ — 6 ciałek krwi czerwonych, zwiniętéj na podobieństwo sprężynki kręconéj, albo korkociągu i wykonywa ruchy trojakiego rodzaju: 1) ruch około swéj osi, 2) ruch posuwisty, 3) falujący. Temperatura ma wywierać szczególny wpływ na te ruchy. Podwyższenie jéj albo obniżenie powstrzymuje chwilowo ruchy pasorzyta, wprawia go jakby w stan tężca, przyczém skręty wyrównywają się: skoro powraca równowaga w temperaturze, powracają ruchy pasorzyta.

W dyskusyi zabierali głos koll. Browicz i Wilkosz.

Kol. Browicz namienia, że dur powrotny pojawia się w Krakowie już w drugiéj epidemii. Przed 3 laty badał krew chorych i przekonał się, że w czasie napadu znajduje się pasorzyt we krwi w bardzo znacznéj ilości, że ilość zmniejsza się w miarę ustępowania gorączki, a że w czasie apireksyi niema ich wcale we krwi w stanie rozwiniętym; napotkać można wtenczas tylko pojedyńcze zarodniki, które w miarę potęgującéj się ciepłoty i wśród sprzyjających okoliczności rozwijają się z wielką szybkością. W obecnych 4 przypadkach choroby, z których jeden zakończył się śmiercią, znachodził zawsze znaczną ilość tych tworów: w jednym zaś krew badana była z przedostatniego dnia drugiego napadu, po 6 dniowéj apireksyi, a znalazło się ich nie wiele. Według twierdzenia niektórych badaczów dają się pomienione pasorzyty dłuższy czas utrzymać; o ile sięga doświadczenie kol. B., rozpadają się one po 2 — 3 dniach w drobne ziarnka, a ułożenie ich przypomina kształt pasorzyta. Heidenreich zdołał, utrzymując te pasorzyty w osobnych komorach i w stosownéj temperaturze, utrzymać ich ruchy przez czas dłuższy. Według spostrzeżeń Kohna który zajmował się botaniczną przyrodą tych tworów, znajdujemy spirile obok innych pasorzytów w bagnach, ale w niewielkiéj ilości, jest to jednakże prawdopodobnie droga, którą dostają się one do ustroju ludzkiego.

Kol. Wilkosz skréślił kliniczny przebieg owych czterech przypadków duru powrotnego, spostrzeganych w szp. św. Łazarza na oddz. kol. Pareńskiego.

4) Kol. Wurst okazał dwie wyłuszczone gałki oczne, jedna za życia, z przyczyny współczulnego cierpienia drugiego oka, druga wyjęta po śmierci. W piérwszéj znacznie zmniejszonéj i zniekształconéj napotykamy w miejscu rogówki bliznowatą tkaninę, z którą zrośnięta tęcza i ciałko rzęskowe; soczewki brak zupełny, ciałko szklane rozpłynione. Naczyniówka około 2 mm. gruba, oddzielona od twardówki tworzy lejek, z szerszą podstawą ku tylnéj ścianie gałki ocznéj; w kilku miejscach łączą ją z twardówką błony wrzekome nitkowate. Drugi przypadek, gdzie za życia była jaskra następowa przedstawia następujące zmiany: Połowa rogówki zamieniona w wypukłą bliznę, w bliznę wrośnięta tęczówka; tarcza nerwu wzrokowego przedstawia głęboką exkawacyję, którą już wolném okiem dojrzeć dokładnie można, pod lupą widać dokładnie kolankowate zagięcia naczyń na brzegu tarczy. Nerw wzrokowy o połowę cieńszy od nerwu wzrokowego

drugiego oka, a zanik sięga aż do miejsca skrzyżowania się obu nerwów.

5) Na wniosek Kol. Blumenstoka wybrano komisyję z 5 członków, która ma się zająć rewizyją statutu i poczynić wnioski ewentualnych zmian. W skład téj komisyi wchodzą koll. Domański, Grabowski, Obaliński, Oettinger i Ściborowski.

6) Kol. Obtułowicz okazał narzędzia służące do endoskopii, a mianowicie wziernik t. j. reflektor i zgłębniki proste i krzywe, zaopatrzone okienkiem, i okienkowe ze zwierciadełkiem. Demonstracyję narzędzi poprzedził krótkim wykładem o klinicznem zastosowaniu, o historyi endoskopu, któréj początek sięga roku 1805 (Porrini). W r. 1826 przedstawił Segalas akademii francuskiéj odpowiedni wziernik do badania cewki moczowéj. Właściwym twórcą i ojcem endoskopii jest Desormeaux, który w r. 1853 skonstruował endoskop, a rozprawa jego ogłoszona w r. 1865 zjednała mu zasłużone pochwały, wygórowana cena jednak i niezgrabny kształt narzędzi stały na przeszkodzie rozpowszechnieniu wziernika; połączenie przyrządu oświetlającego i endoskopu nie było szczęśliwe, i dopiero późniejsi pracownicy, jak Cruise w Dublinie, Fürstenheim, Langiebert, Warwik i Tarnowski uprościli odnośne przyrządy.

Resztę ciekawszych szczegółów o postępach endoskopii w latach ostatnich znajdą czytelnicy w pracy Grünfelda umieszczonéj w *Wiener Klinik* z roku ubiegłego, któréj streszczenie prelegent podał w czerwcowych numerach Przeglądu Lekarskiego. Zdaniem prelegenta endoskopija znajdzie wdzięczne pole popisu w chronicznem zapaleniu rzeżączkowém cewki moczowéj, do lat bowiem ostatnich była to *terra incognita* nawet dla specyjalistów. Dopiéro za pośrednictwem wzierników można było wyśledzić, na jakiéj podstawie opartém jest wydzielanie się téj nieprzyjemnéj dla pacyjentów kropli co rano, czy przyczyną téj *goutte militaire* jest przerost brodawek błony śluzowéj w miejscu ograniczoném, czy też powierzchowne owrzodzenie. Ztąd pochop do leczenia miejscowego za pomocą przyżegań czy to łaseczką kamienia piekielnego, czy też siarkanu miedziowego, lub rozczynami azotanu srebrowego od 1 : 20 aż do 1 : 3. Celem ułatwienia pędzelkowań cewki moczowéj skonstruował Gschirhakl na oddziale prof. Redera w Wiedniu kateter z giętkim w środku pędzlem, zewnątrz bardzo podobny do cewnika *à double courant*, do którego przez rurkę poboczną wlewa się lub wstrzykuje strzykaweczką nieco większą niż Pravaza rozczyny azotanu srebrowego lub tym podobne, które napływają do pędzla, zwilżają go i umożliwiają dokładne wypędzlowanie nawet całéj cewki moczowéj od tyłu ku przodowi. Bliższe szczegóły o tym sposobie leczenia podał autor w *Vierteljahrschrift für Dermatologie u. Syphilis* z roku 1877, zeszyt 4ty. Co do osobistych doświadczeń prelegenta, to wspomina on pokrótce, iż w istocie szczególniéj przy oświetleniu słonecznem można wybornie widzieć szczególne miejsca błony śluzowéj i studyjować je według wskazówek podanych przez Grünfelda, lecz do zobaczenia niektórych szczegółów, jak np. ujścia moczowodu i sondowania go, potrzebaby bardzo wielkiéj wprawy i długiego doświadczenia. Słusznie też powiada prof. Auspitz, że włożenie zgłębnika do moczowodu u mężczyzny z pomocą endoskopu wydaje mu się rzeczą bardzo trudną. Co do wyników terapeutycznych, to prelegent zaleca szczególniéj w uporczywszych przypadkach chronicznego zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj, gdzie endoskop wykazuje tylko zwiotczenie błony śluzowéj i liczne kropki żółtawe, jako ujścia gruczołków Littrégo napełnione wydzieliną nieżytową, zasypywania głębiéj położonych części cewki moczowéj azotanem bizmutowym (Rp. *Magisterii Bismuthi 1·00, Pulveris plumosi subtilissime pulverisati 4·00)*, i tym sposobem udało mu się już wyleczyć kilka rozpaczliwszych śluzotoków cewki, gdzie wszelkie wstrzykiwania i środki wewnętrznie podawane nie osiągnęły pomyślnego rezultatu, a przynajmniéj nie mogły usunąć owéj nieznośnéj kropelki śluzowéj lub mléczno zabarwionéj. Dzięki endoskopii można również wykryć polipy cewki moczowéj, o których dotąd chirurgija nader skąpe tylko posiadała wiadomości, zwężenia cewki moczowéj można dokładnie oglądnąć i w ciężkich przypadkach próbować tą drogą włożyć cieniutkie świeczki, chociaż Thompson pod tym względem więcéj i to bardzo słusznie ufa wprawie ręcznéj, niż endoskopowi. Cały podział anatomiczny zapaleń cewki moczowéj ulega obecnie przeistoczeniom umiejętnym, a przyszłość lubo może poskromi nieco zanadto sangwiniczne nadzieje przywiązywane do téj metody chirurgicznego badania cewki moczowéj, to jednak niezawodnie uzasadni umiejętne jéj wprowadzenie do praktyki lekarskiéj i każe korzystać ze zdobyczy naukowych, jakich nam ta metoda przysporzy z wszelką pewnością.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Klaudyjusz Bernard. †

Dnia 10 lutego straciła Francyja najpotężniejszy filar swéj tegoczesnéj chwały naukowéj. Złożony od sześciu tygodni chorobą nérek dokonał Klaudyjusz Bernard żywota wśród objawów mocznicy w 65 roku życia, i to w téj chwili, kiedy owoce kilkadziesiątletniego spostrzegania objawów życia zamierzał ułożyć w osobném dziele: *„Histoire des théories de la vie,“* które niestety przedwcześnie spółka wydawnicza Germer Baillière światu zapowiedziała.

Urodzony w Saint Julien r. 1813, nim wszedł na drogę, z któréj do końca nie miał zboczyć, Kl. Bernard poświęcał się piśmiennictwu scenicznemu, za radą jednak Saint Marc Girardina porzucił pióro, i wziął do ręki skalpel i już w r. 1839 zamianowany został internem szpitali. W r. 1843 otrzymawszy stopień doktorski i nieupatrując w sobie zamiłowania do praktyki lekarskiéj, z zapałem i z zamiłowaniem wziął się do pracy pod kierunkiem Magendiego, którego mianowany został asystentem. W r. 1854 zajął umyślnie dla niego założoną katedrę fizyjologii ogólnéj w Sorbonie, a wytworny wykład, ścisłość metody doświadczalnéj, samodzielny kierunek zjednały imieniu młodego profesora zasłużony rozgłos. Od téj chwili zaczyna się długi szereg powodzeń. Kl. Bernard wszedł w posiadanie tych wszystkich honorów i tytułów, któremi rządy i instytucyje odznaczają wybrańców nauki, a których wymienienie w obec jego imienia jest zbytecznem.

Mnoga działalność Kl. Bernarda obejmowała wszystkie pytania fizyjologiczno-bijologiczne, i pozostawiła na nich piętno wysokiego umysłu. Do pierwszych publikacyj należą doświadczenia nad sokiem żołądkowym, jelitowym, śliną, żółcią, nad wpływem nerwów na trawienie, nad oddychaniem, nad obiegiem krwi, nad trzustką. W r. 1849 stwierdził Kl. Bernard czynności glikogenetyczne wątroby, i w tymże roku wywołał cukrzycę nakłóciem dna komórki czwartéj, w trzy lata później wykrył nerwy naczynioruchowe. W r. 1855 przeznaczony do zastąpienia Magendiego, Kl. Bernard stanął na czele pracowni swego nauczyciela, co było zdaje się najwyższym wyrazem jego ukrytych pragnień, i tu z podwojoną dzielnością, a z większym pożytkiem prowadził daléj dzieło swego poprzednika. Na ten okres przypadają dzieła: *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux* (1858); *Leçons sur les substances toxiques et medicamenteuses* (1857); *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme* (1859); *Leçons de physiologie expérimentale, appliqueé á la medicine* (1856); *Leçons sur les propriétés des tissus vivants* (1866); *Traité iconographique de medicine opératoire* (1866). W r. 1869 mianowany profesorem w muzeum historyi naturalnéj, Kl. Bernard pozostawił sobie z dwóch poprzednich katedr tylko jednę w Collège de France i w tym okresie ogłosił: *Leçons de pathologie expérimentale* (1872); *Leçons sur les anésthesiques et l'asphyxie* (1875); *Cours de physiologie expérimentale* itd. Jeśli dodamy autorską czynność w licznych towarzystwach naukowych paryskich i zagranicznych, drobniejsze prace rozsiane w publi-

cystyce peryjodycznéj, możemy powziąść gruntowne przekonanie o twórczości umysłu i nieznużonej pracy nieodżałowanéj pamięci wielkiego fizyjologa.

Dzieła wyżéj wymienione, jak wszystko co wyszło z pod ręki Kl. Bernarda, wyróżniają się jemu tylko właściwą dobitnością, ścisłością, a ta jasność i kontrola krytyczna, któremi pociągał i przekonywał słuchaczów, stanowi piętno cennych prac jego.

Doniosłość naukowych odkryć Kl. Bernarda jest tak wielką, że są one dobrze znane ogółowi lekarskiemu; nie chcąc więc powtarzać rzeczy znanych, w tém krótkiém pośmiertném wspomnieniu zastanowię się nad tą myślą przewodnią, pod natchnieniem któréj nie schodził on z torów pierwotnie obranych, nad tą metodą, która go prowadziła z odkrycia do odkrycia, metodą tak prostą, tak zrozumiałą, a nawet pozornie skromną, a tak brzemienną w odkrycia, tak programową dla przyszłości fizyjologii.

Chociaż ojcostwo wytworzenia fizyjologii doświadczalnéj należy się Magendiemu, chociaż sięgając w oddaloną przeszłość, w ogólném pojęciu znaczenia doświadczeń, jest to metoda Bacona i Descartesa, to jednak przed Bernardem doświadczano dla tego, jak się wyrażał Magendie „ażeby widzieć;“ dopiero uczeń i następca Magendiego, a dziś świeżą pokryty mogiłą Kl. Bernard wytworzył prawdziwą metodę doświadczalnéj fizyjologii, opartéj na świadomości celów doświadczeń i tych kresów, do których badanie doprowadzić może. Metoda ta, ze względu na olbrzymie wyniki, do których doprowadzi przyszłych badaczy, unieśmiertelnia swego twórcę.

Kl. Bernard wielokrotnie uwydatnia w swych pismach, że objawy życia tak dobrze nadają się do badania doświadczalnego, jak objawy fizyki i chemii, że pojmowanie Cuviera, podług którego doświadczenie na żywém stworzeniu zaburza przyrodzone czynności, i wprowadza w błąd badającego, jest nieuzasadnioném, gdyż jedynie droga doświadczalna prowadzi do analizy życia. Zastrzega się jednak Kl. Bernard przeciw mniemaniu, jakoby doświadczenie fizyjologiczne mogło doprowadzić do poznania istoty objawów życia; ono nam umożebnia, powiada Kl. Bernard, zapoznanie się z warunkami wywołującemi te objawy i określenie ich przyczyn pośrednich, gdyż co się tyczy przyczyn bezpośrednich i wewnętrznéj przyrody objawów życia, tych zagadnień nie potrafi rozwiązać doświadczenie fizyjologiczne, jak nie potrafi fizyka i chemija określić wewnętrzną naturę tych objawów, których warunki powstania są jéj znane. Dalekim był Kl. Bernard od odróżnienia metody spostrzegalnéj od doświadczalnéj w tém pojmowaniu, jak je wypowiedział Cuvier: „spostrzegacz podsłuchuje naturę, doświadczający pyta się jéj.“ Dla Kl. Bernarda spostrzeganie i doświadczanie prowadzą do jednego celu, do nagromadzenia faktów, na umiejętném obrobieniu których zasadza się sąd o rzeczy; doświadczanie jest dalszym ciągiem spostrzegania, jest rozszerzeniem zakresu tego ostatniego; jeśli spostrzegający wie dobrze, że mocz ciemny, wysycony pochodzi od gorączkującego, to badający dojdzie do tegoż samego wyniku po przeświadczeniu się o wysokim ciężarze gatunkowym téj wydaliny i o zwiększonéj ilości mocznika, w niéj zawartego, a więc tak doświadczający jak spostrzegający, obaj zebrali pewną ilość faktów, na podstawie których wydali sąd jednaki, tylko że orzeczenie pierwszego łatwo może okazać się błędném, gdyż barwa ciemna moczu może mieć liczne odcienia i zależeć od wielorakich przyczyn, sąd zaś doświadczającego polega na mocnéj podstawie rozbioru chemicznego. Spostrzeganie jest własnością umysłów niekontrolujących się, nie zagłębiających się w istotę rzeczy, doświadczanie jest postępowym wynikiem spostrzegania, jest potrzebą krytycznego kierunku, cechującego naszą epokę.

Zaznaczywszy tę jedność spostrzegania z doświadczaniem, zmierzających do nagromadzenia faktów Kl. Bernard nazywa faktem fizyjologicznym ten objaw, do stwierdzenia którego wystarczą zmysły; jeśli przy pomocy pewnego chemicznego postępowania otrzymujemy ze krwi ciecz bezbarwną, dającą osad z odczynnikiem miedziowo-potasowym, burzącą się po dodaniu zaczynu, to są to fakta fizyjologii doświadczalnéj, na podstawie których wydajemy sąd, że krew zawiera w sobie cukier. Gromadząc fakty, zestawiając je umiejętnie, dochodzimy do fizyjologicznego określenia *(determinisme physiologique)*, które nas poucza o warunkach, wywołujących objawy życiowe, a na poznaniu których kończy się kres dążeń fizyjologa, skoro istota samych objawów, ta przyczyna przyczyn, jest niedocieczoną.

Po przeszło trzydziestoletniém badaniu objawów życiowych zapytał siebie w końcu Kl. Bernard, co jest życie? Każe się on zrzekać w odpowiedzi zgubnego złudzenia, jakoby istota życia nadawała się do odgadnienia, gdyż tak jak chemik zna objawy powinowactwa, a nie wie co to jest samo powinowactwo, jak fizyk z objawów zna siłę ciążenia, lecz jéj saméj określić nie potrafi, tak i fizyjolog przestać musi na poznaniu warunków, wywołujących objawy życiowe i w końcu przeświadczyć się, że tajemnica życia nie jest większą niż te wszystkie, które zaliczamy do przyczyn pierwotnych. Wyrzekł się więc Kl. Bernard tak materyjalistów, jak i spirytualistów, gdyż jedni i drudzy zdają się przesądzać o znajomości przyczyn pierwotnych, które w obecnym stanie rzeczy trzeba wykluczyć z zakresu fizyjologii, natomiast wyznaje on, że są sprawy z góry zakreślone, regulujące porządek i postać objawów życiowych, i że są warunki materyjalne niezmiennie te objawy wywołujące, a poznanie których jest zadaniem fizyjologii doświadczalnéj.

Rząd Rzeczypospolitéj, idąc za jednomyślném życzeniem narodu francuskiego, uchwalił urządzić pogrzeb Kl. Bernarda na koszt państwa; wyróżniając w ten sposób Thiersa i Kl. Bernarda, zdawałoby się, że francuzi dopatrują się pewnéj analogii między temi dwiema postaciami. Jak Thiers wyzwalając po całym szeregu nieszczęść ziemię francuzką z rąk nieprzyjaciela, dowiódł żywotności politycznéj społeczeństwa swego, tak Kl. Bernard, kiedy w czasie całego pasma bezowocnych lat szkoły francuskiéj i mistrze nauki wraz z narodem oddali się rozkoszom używania, natchnionym przez cesarstwo, on sam jeden, jak szczyt granitu, nie zanurzył się w toni poziomu, nie wypuścił z rąk sztandaru chwały przeszłości, a odkryciami swemi stwierdzał płodność ducha francuzkiego, niespożytość jego intuicyi. Lecz taka ozdoba ludzkości nie mogła być chlubą jednego narodu, nie mogła swój wpływ zamknąć w granicach jednego kraju stojąc na téj wysokości, z któréj rzucał światło w najdalsze zakątki kuli ziemskiéj; Kl. Bernard prędzéj niż każdy inny miał prawo powiedzieć: „w mojém królestwie słońce nie zachodzi;“ a chociaż szkła niemieckie, przez które do nas dochodzą promienie z Francyi, spolaryzowały nie jedno imię francuskie, chociaż np. *piqûre* Kl. Bernarda czasem brzmi w ustach polskich: *diabetischer Stich* Schiffa, był to jednak jeden z najwięcéj u nas znanych i najwięcéj do swych prac wzbudzający zaufanie francuski uczony. Składając tę skromną gałązkę

na grób wielkiego fizyjologa, dopełniamy należnego obowiązku hołdu względem téj wspaniałéj postaci, która przesuwając się przez ten krótki żywot, tak niezatartemi zgłoskami wypisała swe imię na kartach nauki lekarskiéj.

Dr. A. Kwaśnicki.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, 28 lutego. Czytelnicy Przeglądu Lek. przypomną sobie zapewne felieton nasz, napisany w roczniku 1874, Nr. 1—4, p. t. „Trucicielka Krystyna Edmunds przed przysięgłymi londyńskimi.“ Jak wiadomo, kobieta ta została naprzód skazaną na śmierć, a po zapadłym wyroku dopiero w skutek interwencyi ministra sekretarza spraw wewn. i orzeczenia psychijatrów Gulla i Orangea przesłaną została jako chora na umyśle do zakładu dla obłąkanych zbrodniarzy w Broadmoore. Otóż z dzieła Fieldinga Blandforda, docenta psychijatryi w Londynie, które właśnie wyszło w tłumaczeniu niemieckiém *(Die Seelenstörungen u. ihre Behandlung*, Berlin 1878) dowiadujemy się (str. 320—321), że panna Edmunds po dziś dzień pozostaje w Broadmoore i że wszyscy lekarze tego zakładu uznali ją za obłąkaną; przebyła ona w zakładzie okresy przytłumienia i manii przyostréj, a obecnie jest spokojną; następnie pokazuje się, że ojciec jéj i brat umarli w domu obłąkanych, siostra jest histeryczną i usiłowała sobie odebrać życie; brat młodszy umarł na chorobę mózgową, dziadek (ojciec matki) umarł w 43 roku życia na niedołęztwo porażenne, jeden z blizkich krewnych był tępym na umyśle. Mimo to wszystko Krystyna w swoim czasie przez przysięgłych londyńskich skazaną była na śmierć!

* Dr. Edgar Kurz we Florencyi umieszcza w *Deutsche Zeits. f. pract. Medicin* (1878, Nr. 8) uwagi nad chorobą króla włoskiego Wiktora Emanuela i stosunkami lekarskiemi we Włoszech, z których wynika, że królowi, który umarł na zapalenie płuc i to już w 5tym dniu choroby, puszczono 3 razy krew i przystawiono nadto 18 pijawek, pomimo, że od kilku lat cierpiał na sprawę miażdżycową tętnic, a od kilku miesięcy ciągle niedomagał, nadto pomimo, że przed ostatnim powrotem do Rzymu już w Turynie krew mu puszczono. Lekarze włoscy młodsi występują nareszcie przeciw nadużyciu we Włoszech upustu krwi w zapaleniu płuc, powołując się na zdanie Leberta, Niemeyera, Jaccouda, Cantaniego itd; praca Dietla zdaje się być im całkiem nieznaną. Dziwne panuje tam także uprzedzenie co do zagadkowéj choroby *„miliaris,“* która jako gorączka prosówkowa ma występować śród duru, zapalenia płuc i gorączki połogowéj i zwiastować śmierć chorego; ma to być choroba nie tylko zgubna, ale bardzo częsta, częstokroć ukrywająca się, jak zapomnianéj pamięci Psora. Otóż zdaniem prof. Baccelego król Wiktor Emanuel miał uledz właśnie téj zagadkowéj *miliaris*, która jednak nie jest niczém inném, jeno prostemi potówkami, częściéj aniżeli u nas występującemi w okolicach gorących, zwłaszcza pod wpływem użycia ciepłego pokrycia i ciepłych napojów.

* Nie spodziewaliśmy się zaiste, że w tygodniku naszym wypadnie nam jeszcze kiedyś wystąpić przeciw kołtunowi. Zaledwie jednak pochowaliśmy jego pogromcę, a tu pojawia się pod samym Krakowem lekarz, z powodu sędziwego wieku niby wytchnienia na wsi szukający, a radzący kmiotkom w ciężkich przypadkach chorobowych szukać zbawienia w hodowaniu kołtunów! Rzecz nie do uwierzenia prawie, a przecież wiadomość czerpiemy z wiarogodnego źródła. Rumienimy się za tego kapłana Eskulapa, który przynajmniéj o pół wieku zapóźno się pojawił, aby obałamucić lud wiejski, ale nie poprzestając na tém pozwalamy sobie przypomnieć Władzom, że prof. Dietl wykorzeniając w swoim czasie przesąd kołtunowy działał nie tylko w imieniu nauki ale i z upoważnienia Rządu. Powinny więc Władze baczną zwrócić uwagę, aby lud prosty znów nie uległ zgubnemu przesądowi.

* *W. med. Presse* (Nr. 8) zwraca uwagę, że cena chininu, która w r. 1876 tak znacznie poskoczyła w górę, że Ministerstwo zezwoliło na odpowiednie podwyższenie taksy, wkrótce potém znów powróciła do stopy pierwotnéj; skutkiem czego ministerstwo węgierskie przywróciło taksę poprzednią, czego jednak ministerstwo nasze dotąd nie uczyniło.

* W ostatnim numerze tygodnika londyńskiego *„The Lancet“* z d. 23 bm. umieszczony jest artykuł oryginalny p. t. *Structural Changes of the Sympathetic Nerve in Diabetes, by Dr. Stanislaus John Poniklo, Assistant to the pathological Institute of the university of Cracow, read before the Cracow Medical Association on Nov. 7th 1877.“* Jestto skrócony nieco artykuł współpracownika naszego, umieszczony w Nr. 49 Przegl. Lek. z r. 1877.

* Z 1go zeszytu Pamiętnika Tow. lek. warsz. za r. 1878, który właśnie nas doszedł, dowiadujemy się z prawdziwą przyjemnością, że z pomiędzy czasopism lekarskich przez Towarzystwo lek. warszawskie prenumerowanych Przegląd Lek. liczył najwięcéj (bo 58) czytelników.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 7 (od 10—16 lutego) umarło w Krakowie osób 49; 21 mężczyzn i 28 kobiet; 21 osób w obwodach i 28 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 46,3; a we Lwowie 31,6; w Warszawie 33,9; w Poznaniu 27,9; w Wiedniu 32,8; w Budapeszcie 43,8; w Pradze 41,9; w Tryjeście 50,5; w Genewie 33,4; w Bruxelli 22,2; w Paryżu 28,0; w Londynie 28,1; w Kopenhadze 23,9; w Chrystyjanii 22,8; w Petersburgu 54,4; w Odessie 30,1; w Bukareszcie 38,1; w Barcelonie 45,2; w Aleksandryi 36,1; w Gdańsku 21,8; w Berlinie 27,4; w Monachijum 38,4; w Augsburgu 45,7; w Dreźnie 26,5. W tymże czasie zmarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 15; mianowicie: z dławca 3 osoby, z czerwonki 1, z posocznicy 1, z duru brzusznego 2, z duru powrotnego 7. Liczba chorych na dur powrotny zwiększa się w szpitalach i śmiertelność z niego jest większa.

* **Warszawa**. Departament medyczny w cyrkularzu do gubernatorów, powołując się na dawniejsze swoje rozporządzenie, ponawia surowy zakaz używania t. zw. papieru ołowianego do obwijania: tytoniu, tabaki, herbaty, konserw, czekolady, konfitur, kiełbas, ryb, séra i t. p. produktów spożywczych. Doświadczenia chemiczne wykazały trujące własności powyższego papieru, szczególnie, jeśli zawijane w niego przedmioty są mokre lub też nie zupełnie suche, wywołujące zatém prędszy rozkład metalu. W powyższych razach ma być jedynie używana cyna, to jest papier ołowiany, pokryty grubą warstwą cyny. *(Kur. Warsz.)*

* **Paryż**. Nagrodę Monthyona w dziale medycyny i chirurgii otrzymali od Akademii umiejętności: Hannover (niemiec za pracę o siatkówce), Parrot i Picot. Pomiędzy innymi otrzymali także nagrody za prace w dziedzinie fizyjologii doświadczalnéj: Ferrier, Carville i Duret.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny w Berlinie Dr. O. Simon temi dniami obejmie klinikę chorób skórnych we Wrocławiu. — Dr. W. Goldzieher, b. asystent w Heidelbergu habilitował się jako docent anatomii patolog. oka, a Dr. Purjesz starszy jako docent historyi medycyny, obaj w Peszcie.

* **Kronika wojenna**. Na Kaukazie i w Armenii sroży się dur, przeważnie brzuszny (w Karsie jest 5000, w Hassan-Kaleh 7000 chorych). Zarazie téj uległo już i kilku lekarzy: Głasgo, Kassaków, Wasyliew i Pelikan; ostatni był blizkim krewnym b. prezesa kolegijum lek. w Petersburgu, znakomitego Eugienijusza Pelikana, i wnukiem b. rektora wileńskiego.

* **Konkurs**. Na posadę starszego lekarza, w charakterze dyrektora, przy szpitalu powszechnym w Tarnowie z roczną płacą 400 złr. w. a., z pomieszkaniem w gmachu szpitalnym, opałem i światłem, z terminem do 30 marca rb. Ubiegający się winni załączyć metrykę urodzenia, świadectwo zdrowia, dyplom Dra med. i chirurg. oraz magistra akuszeryi, lub dyplom Dra w. n. lek. i wywód praktyki dotychczasowéj i wystósować podanie do „Komisyi Instytutu ubogich i chorych w Tarnowie.“

Piśmiennictwo lekarskie. VOLKMANNS Sammlung klin. Vorträge Nr. 125. Dr. JUSTI. Ueber adenoide Neubildungen im Nasen-Rachenraume. str. 18.

Nr. 126. Dr. KAHLBAUM. Die klinisch diagnostischen Gesichtspuncte der Psychopathologie; str. 20.

Nr. 127 Dr. H. FRITSCH. Der Kephalotriptor und Brauns Kranioklast; str. 16.

Nr. 128. Dr. H. RANKE. Ueber das Thymol und seine Benutzung bei der antiseptischen Behandlung der Wunden; str. 36.

F. WINCKEL. Die Pathologie und Therapie des Wochenbetts. Ein Handbuch für Studirende und Aerzte. Dritte vielfach veränderte Auflage. Berlin 1878. Hirschwald. Duża 8ka str. XIV. 546. 11 m.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 6 marca br. o godzinie 5téj po południu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. prof. Rydel odczyta swe spostrzeżenia kliniczne nad kataraktą i jéj operacyją, 2) kol. Skórczewski będzie mieć odczyt poprzednio zapowiedziany, nakoniec 3) Komitet przedstawi niektóre wnioski w sprawach Towarzystwa.

Po tém posiedzeniu odbędzie się posiedzenie Komisyi sprawozdawczéj.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. G. w M. Otrzymaliśmy i umieścimy, tylko prosimy o cierpliwość z powodu nawału materyjału. — **Dr. S. w T.** Znajdziesz kolega w dziele Caspra-Limana II, oraz Virchowa Jahresbericht 1874, I, 291.

Do niniejszego Nru dołącza się prospekt na **Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 9 Marca 1878. № 10. Rok XVII.

I. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

O działaniu ezerynu w jaskrze.

Podał asystent Dr. **Wurst.**

Doświadczenia przedsiębrane dotychczas nad skutecznością ezerynu w chorobach ocznych nie są bynajmniéj tak liczne, ażeby dalsze publikacyje spostrzeżeń robionych w tym kierunku nie miały być pożądanemi. Pomijając cały szereg spostrzeżeń i zapisków kazuistycznych odnoszących się do leczniczego zastósowania wyciągu bobu kalabarskiego, literatura o ezerynie jak na teraz jest jeszcze co do liczby spostrzeżeń dość ubogą, jakkolwiek co do wartości poszczególnych prac śmiało z innemi działami literatury w zawody iść może.

Odnoszące się szczegółowo do jaskry, znane mi są prace Ad. Webera *(Über Calabar und seine therapeut. Verwendung. Arch. f. Ophth. XXII. IV. 215.)*, Laqueura *(Anwendung d. Physostigmins bei Glaucom. Centralblatt f. med. Wiss. 1876. str. 24. — Ueber Atropin und Physostigmin u. ihre Wirkung auf d. introocularen Druck. Arch. f. Ophth. XXIII. III. 149.)* i Mohra *(Arch. f. Ophth. XXIII. II. 161.)*

Nie zastanawiając się w tém miejscu dłużéj nad fizyjologicznem działaniem ezerynu, który według doświadczeń Harnacka i Witkowskiego *(Arch f. exp. Path. u. Pharm. V. 401.)* działa pobudzająco na mięśnie gładkie, napomknę tylko, że doświadczenia moje, co do wpływu ezerynu na oko zdrowe, zgadzają się w zupełności z twierdzeniem innych badaczów.

Doświadczenia te, zebrane pokrótce w następujących streszczam słowach:

1) Po zapuszczeniu jednéj lub dwóch kropel 1% rozczynu siarkanu ezerynu do worka spojówkowego, doświadcza się po upływie kilku minut nieprzyjemnego uczucia niedogody ponad łukami brwiowemi i wzdłuż przebiegu nerwów czołowych; to uczucie niedogody, trwające zazwyczaj około 10 — 15 minut, wyradza się u niektórych osób w dość silny i dolegliwy ból w okolicy skroni. Równocześnie występuje drganie obu powiek, niekiedy w dość wysokim stopniu; na spojówce powiek spostrzegamy nieznaczne przekrwienie, u niektórych osób występuje także chwilowe nastrzykanie naczyń przodkowych rzęskowych.

2) Po upływie mniéj więcéj 5 — 8 minut po wkropleniu, spostrzedz już możemy piérwsze ślady zwężenia źrenicy; wielkość jéj jednakże zmienia się jeszcze, dopiéro w 15 — 20 minut nastaje stałe zwężenie źrenicy *ad minimum*, zupełny brak reakcyi tęczówki na zmianę światła, i nieznaczne zagłębienie przodkowéj komórki; falowania tęczówki nie uważałem nigdy. Zwężenie źrenicy *ad minimum* utrzymuje się około 12 godzin, po trzech dobach zazwyczaj, czasami wcześniéj, ginie wszelki ślad działania ezerynu.

3) Ezeryn podwyższa ucisk w ciałku szklaném, obniża go w przodkowéj komórce. W téj mierze polegałem na dotyku w ocenianiu napięcia śródocznego, badając odrębnie twardówkę a rogówkę; badań termometrycznych nie przedsiębrałem. Jedno wszakże spostrzeżenie kliniczne, na oku pozbawioném soczewki, a opisane przez prof. Rydla w mającéj ukazać się pracy o zaćmie, stawia niezbity dowód w kwestyi wpływu na zmianę ucisku w ciałku szklaném i przodkowéj komórce.

4) Ezeryn zmienia refrakcyję oka, a mianowicie przybliża się pod wpływem jego tak kres dali jak i kres pobliża wzrokowego. Działanie ezerynu w tym kierunku jest zawsze jednakie, tak, że w całym szeregu doświadczeń, jakie przedsiębrałem na oczach miarowych, nad- i niedomiarowych, zawsze zgodne otrzymałem wyniki. Szczegółowe sprawozdanie z tych doświadczeń zachowuję na późniéj.

5) Co do wpływu ezerynu na naczynia siatkówkowe, obecnie nic stanowczego orzec nie mogę. Badanie wziernikiem głębi oka w celach tak subtelnych (gdyż różnica w w wypełnieniu naczyń siatkówkowych, jeżeli nawet występuje, nie może być znowu tak bardzo znaczną) jest z powodu zwężenia źrenicy prawie niepodobném. W kilku przypadkach dokonanego wycięcia tęczy, było znowu badanie utrudnionem z przyczyny warunków optycznych; w jednym tylko przy-

padku było ono dokładnie możebne, a to w przypadku zupełnego braku tęczówek (po wyjęciu towarzyszącej zaćmy). Tu jednakże, mimo kilkakrotnego badania, nie mogłem dostrzedz żadnéj różnicy.

Co do działania i skuteczności ezerynu w chorobach ocznych, pomijam tu liczne nasze doświadczenia, w innych kierunkach przedsięrane, ograniczając się jedynie do zdania sprawy z przebiegu i zakończenia kilku przypadków jaskry, leczonych ezerynem w naszéj klinice.

W tém miejscu namienię jeszcze, że używamy siarkanu ezerynu wyrobu Mercka i Duquesnela z apteki Véego i że w działaniu obu preparatów nie spostrzegaliśmy żadnéj różnicy. Tak jeden jak i drugi ulega po kilku dniach rozkładowi (rubrezeryn), nie tracąc jednak na skuteczności; że tak jest, przekonałem się w ten sposób, że używałem w przypadkach, które dozwalały na eksperyment, albo téż i na oczach zdrowych, siarkanu ezerynu rozczynionego przed 6 tygodniami a otrzymywałem zawsze taki sam skutek, jaki występować zwykł przy używaniu świéżych rozczynów. Rozczyn zwyczajnie używany był 1%towy, a wkraplano do worka spojówkowego dwa, trzy, a według potrzeby i więcéj razy dziennie.

Po tych kilku wstępnych uwagach, pozwolę sobie podać pokrótce kilka przypadków jaskry, które w przeciągu roku leczone były ezerynem w naszéj klinice.

Przypadek piérwszy.

Glaucoma simplex o. d. Degeneratio glaucomat o. s. Ewa J., lat 35, z Krakowa, wstąpiła do kliniki okulistycznéj dnia 2 stycznia 1877. Przed rokiem straciła wzrok na oku prawém, a przypady jaskry prostéj w oku lewém trwają około półtora roku. Badanie oka lewego w miesiącu kwietniu (w ambulat. klin.) wykazało Em. $S = {}^6/_6$, w pobliżu po 5 J hebr., napięcie miernie podwyższone i nieznaczne zwężenie pola widzenia od wewnątrz i góry. Badanie za pomocą wziernika wykazało na tylnéj powierzchni rogówki, przeważnie w środkowej części, mglisty nalot, skutkiem czego odblask z dna oka okazuje małą przymieszkę szarawego światła. Ciałko szklane czyste, tarcza nerwu wzrokowego okazuje w środku głęboką fizyjologiczną exkawacyję, obwód tarczy prawidłowo różowo zabarwiony i leży w poziomie siatkówki, z wyjątkiem górnego skrawka, który się już ku tyłowi podaje; skutkiem tego okazują naczynia idące ku górze lekkie zagięcie, w innych kierunkach biegną prosto. Naczynia, tak tętnicze jak żylne, prawidłowéj grubości, w naczyniówce lekki zanik przybłonka barwikowego.

W dniu 2 stycznia 1877 zgłosiła się chora do kliniki okulistycznéj, z twierdzeniem, że wzrok oka prawego stale choć zwolna upada. Oko prawe przedstawia następujący obraz: Napięcie gałki znacznie wygórowane, przodkowa komórka bardzo płytka, tęczówka prawidłowa, okazuje ślad reakcyi, źrenica wąska, okrągła. Em, $S = {}^6/_{12}$ w pobliżu po 5 J hebr. Pole widzenia (badane perimetrem) ścieśnione w sposób cechujący jaskrę, mierzy w kierunku pionowym 75°, w poziomym 100°. Wziernik wykazuje lekki mglisty nalot na tylnéj ścianie rogówki i jednostajne niezbyt znaczne zamglenie ciałka szklanego. Dokoła tarczy nerwu wzrokowego wyraźna obwódka twardówkowa, ekskawacyja i wejrzenie tarczy, nie zmieniły się od przeszłego roku, żyły siatkówkowe lekko rozdęte.

Dnia 17 stycznia zapuszczono po raz piérwszy 1% rozczyn siarkanu ezerynu i zalecono zakraplanie 3 razy dziennie. Jakoż nazajutrz zaraz stwierdzono znakomite obniżenie ucisku śródocznego, a źrenica zwęziła się tak znacznie, jak nigdy jeszcze w żadnym przypadku nie widziałem, rozmiary jéj mniejsze od ziarna maku.

Do dnia 27 stycznia zapuszczano do worka spojówkowego ezeryn 3 razy dziennie; przez ten cały czas utrzymywało się napięcie gałki normalne, a czasami oko miękło niżéj prawidła, źrenica utrzymywała się zawsze bardzo zwężoną. Badanie wzroku dnia 27 stycznia wykazuje $S = {}^6/_9$. Zalecono dalsze zakraplanie ezerynu 2 razy dziennie. Badanie wziernikowe niemożebne, z powodu nadzwyczajnéj wąskości źrenicy.

Dnia 6 lutego. Stan oka i wzroku jak ostatnim razem, napięcie gałki ocznéj utrzymuje się stale w granicach fizyjologicznych. Ezeryn raz dziennie.

Dnia 15 lutego zaprzestano używania ezerynu, a stan choréj przy wyjściu z dnia 19 lutego był następujący:

Napięcie gałki prawidłowe, przodkowa komórka głębsza niż była przy przyjęciu choréj do kliniki, źrenica jak ziarnko maku. Badanie wzroku wykazuje $S = {}^6/_9$, w pobliżu czyta biegle Nr. 5 J. hebr. Pole widzenia okazuje nieznaczne rozszerzenie, w kierunku pionowym o 5°, w poziomym zaś nie rozszerzyło się. Tak małą różnicę w rozmiarach pola widzenia skłonniejszy jestem policzyć na karb małéj a prawie nieuniknionéj niedokładności w badaniu, albo nieuwagi choréj, niż przypisywać ją rzeczywistéj poprawie i istotnemu rozszerzeniu pola widzenia. Badania wziernikowego nie można było uskutecznić, z powodu nadzwyczajnéj wąskości źrenicy.

Od czasu wystąpienia z kliniki, przedstawiała się pacyjentka nasza od czasu do czasu w ambulatoryjum, po raz ostatni dnia 3 lipca i za każdym razem stwierdzono prawidłowe napięcie gałki ocznéj i $S = {}^6/_9$. Badanie wziernikowe nie wykazało żadnéj różnicy w obrazie tarczy, od czasu ostatniego badania.

W dniu 25 października 1877 przybyła pacyjentka do kliniki podając, że od miesiąca spostrzega znowu upośledzenie wzroku i że oko prawe to twardnieje chwilowo, to znowu okazuje napięcie prawidłowe. Badanie stanu obecnego wykazało co następuje:

Ucisk śródoczny prawéj gałki ocznéj miernie podwyższony, powierzchnia rogówki gładka, przodkowa komórka płytka, źrenica wąska, tęcza oddziaływa energicznie. Badanie wzroku wykazuje Em, $S = {}^6/_{12}$, w pobliżu czyta biegle Nr. 5 J. hebr. Pole widzenia mierzy w kierunku pionowym 60°, w poziomym 75°, ścieśnienie postąpiło więc od stycznia w kierunku pionowym o 15° a w poziomym o 25°. Wziernik: środki łamiące czyste, a obraz tarczy nerwu wzrokowego jak ostatnim razem, mianowicie znachodzimy ekskawacyję tylko u górnego brzegu tarczy. Przyjęto ją do kliniki i zalecono zakraplanie siarkanem ezerynu 3 razy dziennie.

Jakoż nazajutrz zaraz stwierdzono prawidłowe napięcie oka prawego i zwężenie źrenicy *ad minimum*; zalecono zakraplanie ezerynu 2 razy dziennie.

Od dnia 27 października do dnia 20 listopada utrzymywał się ucisk śródoczny, wśród ciągłego stosowania ezerynu w granicach napięcia fizyjolog., często spadał niżéj prawidła nawet, kilkorazowe badanie, przedsięrane w tym czasie, nie wykazało jednakże poprawy wzroku; dopiéro dnia 23 listopada stwierdzono $S = {}^6/_9$.

Dnia 27 listopada zaprzestano zakraplać ezeryn; badanie wzroku wykazało $S = {}^6/_9$; napięcie gałki prawidłowe.

Dnia 3 grudnia stwierdzono znaczne podwyższenie napięcia śródocznego, źrenica miernie rozszerzona, $S = \frac{6}{18}$, w pobliżu czyta Nr. 5 J. hebr. Zalecono dalsze wkraplanie ezerynu i zaraz po pierwszém stwierdzono prawidłowe napięcie gałki ocznéj, a nazajutrz równała się S znowu $\frac{6}{9}$.

Po trzechdniowém zakraplaniu zaprzestano używać ezerynu, a dnia 10 grudnia wystąpiło znowu znaczne podwyższenie ucisku śródocznego i rozszerzenie źrenicy; rogówka okazuje chropawą powierzchnię a $S = \frac{6}{36}$. Zalecono daléj używanie ezerynu 2 razy dziennie.

Dnia 11 grudnia napięcie prawidłowe, $S = \frac{6}{18}$.

Dnia 12 „ $S = \frac{6}{12}$.

Dnia 13 „ $S = \frac{6}{9}$.

Od dnia 15 — 31 grudnia zapuszczano ezeryn 2 razy dziennie, napięcie gałki utrzymywało się ciągle prawidłowe, albo nawet niżéj prawidła; źrenica wąska jak główka od szpilki a $S = \frac{6}{6}$; pole widzenia badane perimetrem wskazuje nieznaczne rozszerzenie we wszystkich kierunkach.

Od dnia 1 — 7 stycznia 1878 zapuszczano ezeryn raz dnia, poczém zaprzestano w zupełności.

Badanie wzroku dnia 10 wykazało $S < \frac{6}{6}$, napięcie prawidłowe. Do dnia 31 stycznia przebywała chora w klinice, a więc przez 23 dni jeszcze od czasu ostatniego zakroplenia ezerynu. Napięcie gałki ocznéj utrzymywało się ciągle prawidłowe, $S < \frac{6}{6}$ a w pobliżu czytała z łatwością Nr. 5 J. hebr. Pole widzenia badane przy wyjściu choréj z kliniki mierzyło w kierunku pionowym 70°, w poziomym 90°, rozszerzyło się więc o 10° w obu wymiarach.

Przypadek drugi.

Glaucoma inflamat. chr. oc. dextr., imminens o. s. A. K. lat 50, wyrobnik z Krakowa, przyjęty dnia 21 maja 1877 do kliniki okulistycznéj. Na oczy nie chorował nigdy, widział zawsze dobrze i w dal i w pobliżu. Przed trzema miesiącami spostrzegł po raz piérwszy lekkie zamglenie wzroku oka prawego, równocześnie pojawiały się barwne kręgi dokoła płomienia świecy. Mgła ta występowała codziennie, zawsze jednak dopiéro około południa, i powiększała się coraz ku wieczorowi, tak że wieczór widział całe pole widzenia prawego oka zasłonięte dość gęstą szarawą mgłą, rano nie spostrzegał upośledzenia wzroku. Zamglenie wzroku zwiększało się zwolna ale stanowczo, mgła pojawiała się coraz wcześniéj, a od miesiąca ma już stale mgłę przed okiem prawém przez cały dzień. Przypadów zapalnych, albo bólów nie doświadczał nigdy.

Stan ócz: Oko prawe: Napięcie gałki bardzo znaczne, nastrzykania rzęskowego niema; rogówka czysta, przodkowa komórka bardzo płytka, ciecz wodna czysta, tęczówka nieco ciemniejsza niż w oku lewém, źrenica miernie rozszerzona, nieruchoma. Badanie wzroku wykazuje Em. $S = \frac{6}{24}$ w pobliżu z + 2 D Nr. 5 J. hebr. Pole widzenia badane za pomocą perimetru Förstera wykazuje ścieśnienie we wszystkich kierunkach, najznaczniejsze od wewnątrz i mierzy w kierunku pionowym 85°, w poziomym 95°.

Oko lewe może nieco mocniéj od prawidłowego napięte, przodkowa komórka głębsza niż w oku prawém, tęczówka oddziaływa prawidłowo. Badanie wzroku wykazuje Em. $S = \frac{6}{6}$ w pobliżu z + 2 D Nr. 5 J hebr. Pole widzenia prawidłowe.

Badanie wziernikiem: Oko prawe: Środki łamiące czyste, tarcza nerwu wzrokowego blada, exkawacyja głęboka, wybitnie jaskrawa, o brzegach stromych, naczynia na granicy tarczy zupełnie przerwane, dokoła tarczy szeroka obwódka twardówkowa; żyły grube pokręcone, tętnice cienkie, tętnienia naczyń nie ma. Oko lewe: Środki łamiące czyste, tarcza nerwu wzrokowego barwy prawidłowéj, ekskawacyi wyraźnéj nie ma, ale na granicy tarczy od zewnątrz i góry okazują naczynia podejrzane zagięcia.

Dnia 23/5. Napięcie oka prawego wzmogło się, powierzchnia rogówki chropawa, $S = \frac{6}{24}$, w pobliżu z + 2·50 D Nr. 5 J. hebr. Stan oka lewego niezmieniony. Zalecono zakraplanie roztczynu ezerynu do obu ócz 2 razy dziennie.

Dnia 24/5. Napięcie oka prawego niemal prawidłowe, powierzchnia rogówki gładka, źrenica bardzo wąska, $S = \frac{6}{24}$.

Dnia 26/5. Napięcie oka prawego wzmogło się znacznie, zalecono ezeryn 6 razy co ½ godz.

Dnia 27/5. Oko prawe prawidłowo napięte, nawet miększe niż oko lewe, $S = \frac{6}{18}$.

Dnia 2/6. Napięcie obu gałek ocznych prawidłowe, źrenice bardzo wąskie, oko prawe $S = \frac{6}{18}$, oko lewe $\frac{6}{6}$, zalecono dalsze zakraplanie ezerynu.

Od dnia 2 do 14/6 stósowano ezeryn tylko raz dnia. Badanie wykazuje dalszą poprawę bystrości wzroku oka prawego z $\frac{6}{18}$ na $\frac{6}{12}$. Obie gałki prawidłowo napięte. Badanie wziernikiem niemożebne z powodu nadzwyczajnéj wąskości źrenic.

Dnia 18/6 opuszcza chory klinikę w stanie następującym: Oko lewe: Napięcie prawidłowe, $S = \frac{6}{6}$, w pobliżu z + 2 D Nr. 5 J. hebr. Oko prawe: Napięcie prawidłowe, przodkowa komórka wydaje się nieco głębszą niż przedtém była, $S = \frac{6}{12}$ w pobliżu z + 2 D Nr. 5 J. hebr. Obraz wziernikowy obu ócz nie zmienił się wcale, pole widzenia nie rozszerzyło się bynajmniéj.

Od czasu wystąpienia chorego z kliniki, widywałem go co dni kilka, po raz ostatni z końcem miesiąca sierpnia, napięcie gałek ocznych, w szczególności prawego, utrzymało się stale w granicach fizyjologicznych, a bystrość wzroku wynosiła $\frac{6}{6}$ i $\frac{6}{12}$. W miesiącu styczniu b. r. przedstawił się nasz pacyjent w ambulatoryjum klinicznem, a badanie wzroku i pola widzenia, jak niemniéj badanie wziernikowe stwierdziło, że stan ócz, w jakim chory klinikę w połowie czerwca roku zeszłego opuścił, utrzymuje się stale.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Nowy sposób leczenia sustawów wrzekomych.

Skreślił Dr. **Rydygier** w Jenie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9.)

Sądzę, że doświadczenia te, pomimo że ich liczba nie jest wielką, wystarczą na dowód, iż nowy przezemnie zalecany sposób leczenia stawów wrzekomych zasługuje na uwagę jako niepołączony wcale z niebezpieczeństwem, a z drugiéj strony skutek pożądany sprowadzający.

O słuszności piérwszego twierdzenia tém mniéj będziemy powątpiewali, jeżeli zważymy, jak świetne przypadki Volkmann i inni przy złamaniach kości powikłanych ze zranieniem części miękkich *(fractura complicata)* otrzymują stosując sposób przeciwgnilny.

Również wszystkie wypiłowania końców kości złamanéj celem wyleczenia ze stawów wrzekomych wykonane w ostatnich czasach przy zastósowaniu sposobu przeciwgnilnego zakończyły się (o ile mi wiadomo) szczęśliwie dla chorych.

Nikt mi nie zaprzeczy, że sposób operacyi przezemnie zalecany daleko mniéj jest niebezpieczny, niżeli złamanie kości połączone ze zranieniem części miękkich, a nawet niżeli wypiłowanie końców odłamków.

Nikt zatém sądzę nie zaprzeczy, że sposób zalecany przezemnie nie jest połączony z niebezpieczeństwem.

O pewności postępowania w znacznéj części przypadków również przekonywa tak rozumowanie jak i przypadki doświadczenia.

Wiadomo powszechnie, że zupełnie oddzielone płatki okostnéj przeszczepione są w stanie kość wytwarzać, wprawdzie nie myślę wcale twierdzić, jakoby wywrócone płaty okostnéj same przez się i wyłącznie wyleczenie sprowadzały. Przyznaję chętnie, że nie mały w tém udział bierze wycięcie tkanki znajdującéj się pomiędzy końcami odłamków, oraz równoczesne oskrobanie tychże końców, gdyż wycinając tkanki pomiędzy niemi, musimy je równocześnie oskrobać, daléj ich dokładne złożenie a nareszcie podrażnienie wywołane temi rękoczynami pomimo zastósowania sposobu przeciwgnilnego; wszystkie te czynniki przyczyniają się do pewności skutku, ale nie mały udział w tém ma bez wątpienia wywrócenie płatów okostnéj z następowém wytworzeniem świeżéj kości.

Dowiodłszy, jak sądzę, bezpieczeństwa i pewności przezemnie zalecanego sposobu, wypada mi jeszcze porównać takowy z innemi dotychczas używanemi sposobami, żeby wykazać zalety jego, a zarazem znaleść dlań odpowiednie miejsce pomiędzy dawniejszemi sposobami.

W tym celu wyliczę pokrótce wszystkie dotychczas znane mi sposoby leczenia sustawów wrzekomych dołączając zaraz porównanie pomiędzy niemi a opisanym przezemnie.

Sposób najłagodniejszy i dawno w chirurgii znany, gdyż już przez Celsusa zalecany: tarcie o siebie końców odłamków może tylko w zupełnie świeżych przypadkach odnieść pożądany skutek, gdzie chodzi o spóźnione wytworzenie kostniny, nie ma zaś rzeczywistego sustawu wrzekomego.

Jako osobliwy rodzaj tarcia końców odłamków o siebie uważać możemy i ten sposób, podług którego w przypadkach spóźniającego się wytworzenia kostniny w kościach zalecamy chorym chodzić po założeniu oprawy unieruchomiającéj.

Do środków zapobiegających wytworzeniu się sustawów wrzekomych, zalecanych w świeżych przypadkach, gdzie właściwie chodzi o spóźnienie lub brak wytworzenia kostniny, zaliczyć należy także sposób Dumreichera. Oprawę jego jak wiadomo stanowią cztery kliny zrobione z przykładek schodkowatych, dwa takie kliny kładzie się poniżéj złamania, a dwa powyżéj; samo zaś miejsce złamania pozostawia się wolne; poprzednio zawija się odnogę od dołu aż do miejsca złamania opaską flanelową. Na kliny przymocowane plastrem lepkim kładzie się 2 leszczotki, wreszcie całą tę oprawę przytwierdzamy opaskami do podkładki.

Tę oprawę pozostawia się zwykle 4—6 dni, a następnie możemy ją, jeżeli się to okaże potrzebném, na nowo założyć.

Tym sposobem wywołujemy przekrwienie zastojowe, sięgające podług Dumreichera aż do szpiku kostnego, wywołujące żywsze wytwarzanie kostniny, oraz silne zrośnięcie kości.

Odmiana tego sposobu zalecana przez Nicoladoniego (*Wiener med. Wochenschrift* 1875. Nr. 5—7.) zasługuje o tyle na uwagę, że nie wymaga tylu zabiegów a pewnie równie jest skuteczną. Podług niego zawija się chorą odnogę od dołu aż do miejsca złamania opaską sprężystą a powyżéj tego miejsca zakłada się elastyczny wężyk. Wystrzegać się należy, żeby ani opasek, ani wężyka zanadto silnie nie przyciągać, bo chorzy tego nie znoszą.

Wreszcie do środków skutecznych tylko w zupełnie świeżych przypadkach zaliczyć jeszcze należy sposób zalecany przez Buchanana, polegający na pędzlowaniu nastojem jodowym, który to sposób także Blasius i inni zachwalali, a którego w najnowszym czasie znowu Billroth (*v. Langenbecks Archiv* Bd. X., pag. 760.) ze skutkiem pomyślnym używał.

Ze sposobami dopiero wyliczonemi sposobu przezemnie zalecanego porównywać nie można, gdyż tamte służą właściwie do zapobiegania powstaniu sustawów wrzekomych i mogą być użyte tylko w przypadkach świeżo powstałych; w takich zaś razach rozumie się rozpoczniemy od środków najłagodniejszych, a dopiero jeżeli te zawiodą i sustaw wrzekomy rzeczywiście się utworzy, zastosujemy sposoby energiczniejsze lubo połączone z niebezpieczeństwem, ale za to też i pewniejsze.

Do tego rodzaju sposobów należą następujące:

1) Nawiercenie końców odłamków.

2) Wbijanie czopków z kości słoniowéj.

3) Złamanie lub rozerwanie tkanki pośredniczącéj.

4) Nakłówanie *(acupunctura)*.

5) Wstrzykiwanie leków drażniących.

Wszystkie te środki skutkują wywołując zapalenie w końcach odłamków. Przejście od nich do środków mających działać za pomocą zniszczenia i wydalenia tkanki pośredniczącéj stanowi

6) Przyżeganie *(cauterisatio)*, działające w ten sposób, że obok wywołania zapalenia niszczy zarazem tkankę pośredniczącą.

7) Oskrobywanie końców odłamków.

8) Wypiłowanie ich a wreszcie w rzadkich przypadkach

9) Odjęcie chorego członka.

Z wyliczenia tego przekonywamy się dostatecznie, że liczba zalecanych sposobów z pewnością nie jest wcale szczupłą, zatémby się już bez zalecania nowego sposobu bardzo obeszło, ale właśnie znaczna liczba zalecanych sposobów najlepiéj dowodzi, że żaden z nich w zupełności potrzebie nie odpowiada.

Najłagodniejszym z powyższych sposobów jest bez wątpienia rozerwanie tkanki pośredniczącéj, zalecane przez Celsusa, a późniéj na nowo przez Günthera zaprowadzone. Sposób ten jest tak łagodny i tak łatwy do wykonania, że tam, gdzie się po nim skutku spodziewać można, zasługuje przed wszystkiemi innemi, a więc i przed zalecanym przezemnie, na pierwszeństwo. Niestety co do skutku środek ten bardzo często zawodzi i pod tym względem nowemu nie wyrównywa.

Nawiercenie końców odłamków jest środkiem łagodniejszym niżli wbijanie czopków z kości słoniowéj podług Dieffenbacha, ale też za to i daleko mniéj pewny co do skutku. Obadwa sposoby teraz przy stósowaniu oprawy przeciwgnilnéj znacznie na pewności straciły, jak to już na początku wspomniałem i dla tego nowemu sposobowi pierwszeństwa ustąpić muszą.

Stósując oprawę przeciwgnilną niebezpieczeństwo mojego sposobu nie jest większe niż wymienionych, a pewność w skutku daleko większa. Niebezpieczeństwo już z téj przyczy-

ny nie jest większe, (a nawet jest mniejsze), że operując podług tego sposobu nie narusza się kości głębiéj, a wbijaniu czopków ze słoniowéj kości właśnie dla tego Bardeleben pierwszeństwo przed nawierceniem daje, że wywołuje szczeliny (pęknięcia kości) obok dziurki a tak silniejsze podrażnienie zapalne sprawia. W każdym razie jest to postępowanie dla chorego bardzo przykre, a nawet w razie nieużywania oprawy przeciwgnilnéj niebezpieczne.

Z tych zatém przyczyn zasługuje mój sposób na pierwszeństwo przed obydwoma wyliczonemi.

Podobnie rzeczy się mają z nakłówaniem *(acupunctura)* działającém przez wywołanie zapalenia.

Przyżegania *(cauterisatio)* i wstrzykiwania podskórne roczczynem ammonii żrącéj, lub innemi lekami drażniącemi, nie są pewniejsze w skutku, a daleko niebezpieczniejsze, niż wymienione środki, dla tego téż i te sposoby nie są lepsze od zalecanego przezemnie.

W ostatnich czasach Hüter w dwóch przypadkach sustawu wrzekomego użył zastrzyknięcia miąższowego 5% roczczynu kwasu karbolowego; w jednym przypadku z pomyślnym skutkiem, w drugim atoli bez skutku. Ponieważ przypadki te, o ile mi wiadomo, dotychczas jeszcze nie są ogłoszone, pokrótce je opowiem; sądzę bowiem, że sposób ten w niektórych razach może oddać usługę, a zresztą w wykonaniu zupełnie jest niewinny.

Pierwszy przypadek tyczy się dziewczynki 3—5 letniéj, cierpiącéj na sustaw wrzekomy goleni. Zastrzykiwanie 5% roczczynu kwasu karbolowego dziecko zupełnie dobrze znosiło, ale kości się nie zrosły.

W tym przypadku i inne nieoperacyjne sposoby, a pomiędzy niemi i Dieffenbacha, zostały bez skutku, matka zaś nie chciała przystać na operacyję. Wówczas dziewczynce założono przyrząd do chodzenia i od czasu do czasu zastrzykiwano kwas karbolowy. Ostatni raz widziałem chorą w czerwcu z r., o ostatecznym wyniku nic pewnego niewiem.

W drugim przypadku cierpiał majtek silny średniego wieku na sustaw wrzekomy kości ramieniowéj dopiero od kilku miesięcy istniejący. Podczas żeglugi na morzu spadł z masztu i złamał sobie ramię, w braku lekarza na okręcie założył kapitan jak mógł rodzaj oprawy z leszczotek; w Ameryce założono oprawę gipsową, ale po jéj zdjęciu ruchomość w miejscu złamania pozostała.

Po kilku miesiącach przybył chory do kliniki w Gryfii i założono mu na nowo oprawę gipsową z otworem w okolicy sustawu wrzekomego, przez który robiono miąższowe wstrzykiwania z 5% roczczynu kwasu karbolowego. W skutek tego leczenia nastąpiło w krótkim czasie zupełne zrośnięcie kości. Łagodność i łatwość stósowania tego sposobu przemawiają za nim, gdyby tylko pewność skutku była niewątpliwą, ale już dwa dotychczas znane przypadki dowodzą, że tak nie jest. Zdaje się przeciwnie, że tylko w świeżych przypadkach można liczyć na skuteczność tego sposobu; mimo to zasługuje, aby go daléj doświadczać.

Zawłoki wprawdzie czasem ze skutkiem pomyślnym używano, częściéj atoli bez skutku; a tak często wywołała bardzo niebezpieczne następstwa, że nie może się wcale z moim sposobem równać.

Przystępuję teraz do oceny sposobu najpodobniejszego do zalecanego przezemnie, a na którego miejsce właśnie ten mam zamiar zaprowadzić lubo nie we wszystkich przypadkach, jak to jeszcze dokładniéj wyłuszczę; sposobem tym jest wypiłowanie końców odłamków. Poprzednio chciałbym jeszcze wspomnieć o niejako pośredniczącym sposobie t. j. o oskrobywaniu końców odłamków. Środek ten wprawdzie cokolwiek mniéj jest niebezpieczny, niż wypiłowanie, ale różnica nie jest wielka, gdyż i przy odpiłowaniu końców odłamków zwykle nie naruszamy szpiku; kanał szpikowy bowiem już przez poprzednie zapalenie bywa na pewnéj przestrzeni zarośnięty. Rzeczywistą zaletą oskrobywania jest bez wątpienia ta okoliczność, że nie sprowadza skrócenia operowanéj odnogi, ale zaletę tę usuwa zupełnie daleko większa niepewność w skutku.

Sposób zalecany przezemnie przewyższa oba wymienione tém, że obok równie małego lub nawet jeszcze mniejszego niebezpieczeństwa nie sprowadza skrócenia operowanéj odnogi i jest pewniejszy w skutku. Postaramy się tego dowieść: doświadczenie uczy, że oddzielanie okostnéj w ogóle wcale nie jest niebezpieczne; tego także dowiodły moje spostrzeżenia jako téż obserwowany przypadek w szczególności dla naszego sposobu; w żadnym razie oddzielanie okostnéj nie jest niebezpieczniejsze niżeli oskrobywanie końców odłamków, a mniéj niebezpieczne niż odpiłowywanie. Nacięcie skóry i części miękkich aż do kości jest wspólne wszystkim trzem namienionym sposobom, tak więc co do niebezpieczeństwa nowy sposób równy jest dwom dawniejszym lub je przewyższa. Mianowicie przy leczeniu odnóg ważną jest rzeczą, żeby operacyja nie wywołała skrócenia, ta okoliczność przemawia bardzo za nowym sposobem w porównaniu z wypiłowaniem końców odłamków.

Co się nareszcie tyczy pewności skutku, odwołuję się najprzód na przypadek przezemnie leczony i moje doświadczenia, lubo i teoretycznie można się spodziewać, że końce odłamków otoczone płatami okostnéj, i jeżeli potrzeba, oskrobane i dokładnie złożone łatwiéj się zrosną, niżeli tylko oskrobane końce do siebie przybliżone. Nie wierzę, żeby odpiłowane końce łatwiéj się miały zrosnąć, ponieważ ich ścisłe złożenie zwykle jest trudném a nieraz nawet się nie zupełnie udaje; starano się temu zapobiedz szwem kości *(Mott)* albo oprawami sztucznemi (duże śruby stalowe Langenbecka), te przydatki atoli operacyję o wiele utrudniają, gdyż np. późniejsze wyjście druta nie łatwém bywa, zatém i te drobnostki przemawiają na korzyść nowego sposobu.

Spodziewam się, że udało mi się dowieść zalet mojego sposobu przed dwoma ostatniemi; pomimo to, przyznaję się, że mogą się zdarzyć szczególne przypadki, w których wypiłowanie końców odłamków samo lub w połączeniu z utworzeniem płatów z okostnéj może być wskazaném, jak to sam w czwartém mojém doświadczeniu wykonałem, celem usunięcia wystającego końca górnego odłamku grożącego przebiciem skóry. Położenie końców odłamków może też czasem nas skłonić do oddania pierwszeństwa wypiłowaniu przed utworzeniem płatów z okostnéj, tak np. dowiedziałem się od prof. Rieda, że w jednym z jego przypadków końce odłamków tak zachodziły na siebie, że w żaden sposób nie było można ich inaczéj złożyć i ustalić, jak odpiłowując wystające ostre końce.

Są niestety jeszcze sustawy wrzekome w miejscach, gdzie ani wywrócenia płatów okostnéj nie można użyć, a do tych na nieszczęście należy jeden z najczęściéj zdarzających się sustawów wrzekomych, mianowicie sustaw wrzekomy po złamaniu rzepki. Biorąc na uwagę znane dotychczas prace o przeszczepianiu okostnéj sądzę, że byłoby możliwą rzeczą sposób przezemnie zalecany tak zmienić, żebyśmy kawałki okostnéj i to nie za wielkie starali się przeszczepić na ści-

śle złożone końce odłamków; potrzeba atoli nad tém dalszych badań.

Odjęcie odnogi choréj, prawdziwe *ultimum refugium*, ustępuje każdemu sposobowi dającemu choćby najmniejszą nadzieję, a więc i mojemu.

Na zakończenie chciałbym w kilku słowach wskazać miejsce, jakie za słuszne uważam dla nowego sposobu pomiędzy dawniejszemi.

W świeżych przypadkach sustawów wrzekomych zastósowałbym sposób zalecany przez Dumreichera, a zmieniony przez Nicoladoniego; dopiero gdyby ten zawiódł, próbowałbym tarcia końców odłamków o siebie albo zerwania tkanki pośredniczącéj; następnie użyłbym Hütera miąższowego nastrzykiwania 5% roczynem kwasu karbolowego. Gdyby sposoby te zawiodły albo w przypadkach zastarzałych nie marnowałbym czasu i cierpliwości chorego stosowaniem innych znanych sposobów, lecz użyłbym sposobu przezemnie zalecanego, o którym dowiodłem, że nie jest niebezpieczniejszym, niżeli pomienione, a daleko pewniejszym co do skutku. W tych tylko przypadkach, gdzieby osobliwsze położenie lub nadzwyczajna postać końców odłamków tego wymagały, stósowałbym wypiłowanie, a nawet i wtenczas połączyłbym je z wywróceniem płatów okostnéj, chcąc sobie zapewnić pomyślny skutek.

Nareszcie w tych przypadkach gdzie wywrócenie płatów okostnéj, (jak np. przy sustawach wrzekomych rzepki) jest niemożliwém, należałoby spróbówać przeszczepienia płatków okostnéj.

III. Oceny i sprawozdania.

Listy balneologiczne.

Dra B. Skórczewskiego,
lekarza zdrojowego w Krynicy.

List II.

Zakłady wodolecznicze Königstein nad Renem i Kaltenleutgeben pod Wiedniem — Hydroterapija Winternitza, Mundego, Pinglera hydroterapija ciężarnych i położnic — Blatteisa leczenie w Krynicy wśród ciąży i miesiączkowania — Ogólny pogląd na leczenie kąpielowe podczas miesiączki.

Dwie zupełnie do siebie niepodobne prace hydroterapeutyczne, ale obie bardzo pożądane, mamy przed sobą, Winternitza i Pinglera. Pierwsza lubo w harmonii łączy ze sobą teoryję z praktyką, to przecież teoryja jest główném jéj tłem, druga zaś cały nacisk kładzie na praktykę, bo z niéj się zrodziła, gdyż jest owocem 27-letniego doświadczenia. Obaj autorzy są właścicielami zakładów wodoleczniczych; Winternitz w Kaltenleutgeben, Pingler w Königsteinie.

Z Frankfurtu n. M. po półgodzinnéj jeździe koleją żelazną przybywa się do jednego z najprzyjemniejszych zdrojowisk pod względem położenia i urządzenia, do cieplic solankowych w Soden, zkąd dorożką dostać się można do Königsteinu, $1\frac{1}{4}$ mili odległego, a leżącego w zachodniéj stronie rozległéj kotliny 1400 n. p. m. otoczonéj w koło nie zbyt wysokiemi górami z lasem szpilkowym, i ruinami tegoż nazwiska; w dali zaś w stronie północno-wschodniéj na szczycie góry z pośrodka lasów ukazują się ruiny zamku Falkensteinu. Zabudowania téj miejscowości wcale są nędzne i niechlujne, brak zupełny hotelu prócz jakiegoś sta-rożytnego zajazdu, brak przyzwoitéj restauracyi, tak że wśród całéj téj wspaniałości przyrody niezbyt miłąby było rzeczą z głodu tutaj umierać. Zakład wodoleczniczy nie wielki, bardzo skromny i skromnie wewnątrz urządzony, lubo odpowiednio dzisiejszym wymaganiom. Wśród rozmaitego rodzaju natrysków, najwięcéj tam imponuje natrysk falisty, w którym strumień wody około 10 cm. szeroki a do 2 cm. gruby wydobywa się ze znaczną siłą. Ot i wszystko coby można powiedzieć o Königsteinie, bo zakład ten ma na celu zaspokoić jedynie potrzeby miejscowe i miast sąsiednich, a wcale nie dąży do znaczenia uzdrowiska i zakładu wodoleczniczego otwartego dla całego świata, za jaki uważać należy zakład Winternitza, leżący w pięknéj okolicy w pobliżu Wiednia. Przez cały dzień krążą tu co godzina pociągi spacerowe i za kilkanaście minut przyjeżdża się do Liesing, zkąd w niespełna pół godziny dojeżdża się dorożką lub omnibusem do Kaltenleutgeben. Obecnie Winternitz, prócz dawnego zakładu, z którego wyszły drogocenne naukowe spostrzeżenia co do działania wody na ustrój ludzki, urządził drugi nowy zakład; dla obydwóch dostarczają wody źródła z przyległych gór. W ustroniu tém położoném w lesistym wąwozie nie zbyt jest ludno, powietrze czyste, a niektóre domy bardzo mile robią wrażenie pięknością architektury. Słowem jest to uzdrowisko o dosyć małych rozmiarach, ale pełne wdzięku, niezrównane czystością i porządkiem, a osią całéj téj miejscowości są dwa naprzeciw siebie stojące zakłady wodolecznicze urządzone i prowadzone tak, że wszystkie zakłady kąpielowe powinny się nań oglądać i korzystać z pięknego przykładu.

Winternitz od wielu lat obznajamiał nas ze swemi spostrzeżeniami nad działaniem wody na ustrój, nad jéj użyciem w różnych chorobach, a obecnie wszystkie poprzednie spostrzeżenia i liczne nowe powiązał razem w jednę całość, i wysnuł tyle pożądane prawidła co do działania fizyjologicznego i terapeutycznego wody źródlanéj stósowanéj na skórę w rozmaity sposób i z różnem nasileniem jéj własności fizycznych. W roku ubiegłym wyszedł z druku pierwszy tom téj pracy pod tytułem: *„Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage. Vorträge für praktische Ärzte und Studirende von Dr. Wilhelm Winternitz. I Bd. Der Einfluss der Hydrotherapie auf Innervation und Circulation.“ Wien 1877*; (8vo str. 237, cena 3 złr. 60 ct.) W téj części uwzględnia tylko wpływ na unerwienie i na krążenie, jaki wywiera bodziec zimna zawarty w wodzie, a wkrótce ma się ukazać tom drugi, w którym będzie rozbierał wpływ tegoż bodźca na ciepło ustrojowe i na przemianę materyi.

Skreśliwszy w ogólnych zarysach jak działają różne stopnie ciepłoty na każde życie ustrojowe, przechodzi do pytania, w jaki sposób odbiera się wrażenie po zadziałaniu na skórę wody zimnéj lub ciepłéj? — Przez przewodnictwo nerwowe; ale jaka jest istota tego przewodnictwa? Utrzymują się tu dwie teoryje: elektryczna i mechaniczna. Pierwsza tłumaczy, że po zadziałaniu ciepła lub zimna powstaje prąd elektryczny, którym wzmacnia się lub osłabia prawidłowy prąd w nerwach; druga zaś usiluje wyjaśnić ten wpływ na podstawie zmian w objętości drobin, które to zmiany w sposób wstrząśnienia, uderzenia udzielają się środkom, a ztąd drogom ruchowym.

Pominąwszy te teoryje co do istoty przewodnictwa jako nierozstrzygnięte, to pewném jest, że wrażenie wywołane zimnem lub ciepłem przenosi się z miejsca zadziałania dośrodkowo przez nerwy czucia ku komórkom nerwowym, a

ziąd przechodzi daléj na drogi ruchowe; a więc bodziec termiczny wywołuje zmiany w miejscu zetknięcia w nerwach czucia, w ośrodkach oraz we wszystkich włóknach ruchowych i odżywczych, które czy to przez przewodnictwo czy też przez odruch znajdują się w związku z miejscem zadziałania. Nie wyklucza się także, że wpływ tego bodźca na włókna ruchowe może być udzielonym także przez liczne zwoje obwodowe, które działają jako ośrodki obwodowe.

Bodziec termiczny może działać drażniąco lub podrażnienie zmniejszać, uspokajać a nawet porażać, zależy to od nasilenia czynnika i od czasu działania, a mianowicie: w pierwszym razie, działanie silnego bodźca winno być bardzo krótkiém, w drugim zaś działanie to winno się dłużéj przeciągać lub też bodziec winien być bardzo słabym (letnia kąpiel uspokaja).

Wnioski swe wysnuwa autor zawsze z licznych zwięźle opisanych i naukowo przeprowadzonych doświadczeń, które bardzo wiele pouczają i rozjaśniają liczne pomniejsze zjawiska, na które zwykle nawet nie zwracano uwagi. Przy szczególnych doświadczeniach stósowanych do celów terapeutycznych tłumaczy każde zjawisko z osobna, łączy je razem w jednę całość i z tego wnioskuje o całém działaniu leczniczém, posiłkując się uznanemi prawami fizyjologicznemi.

Po zadziałaniu zimnéj wody na skórę w téj części układu naczyniowego, która znajduje się w miejscu zetknięcia się wody ze skórą, występują zaburzenia: skurcz naczyń skóry, a przez to mniejszy dowóz krwi w te narządy a większy w inne, czyli w skórze wywołuje niedokrewność a w innych narządach przekrwienie. Wkrótce jednak w miejscu zadrażnienia występuje przekrwienie czynne, które w końcu zmienia się w przekrwienie żylne, w zastoinę. Przy działaniu niskiéj ciepłoty na większe pnie naczyniowe, takowe się kurczą, co może trwać dowolnie długo, a skutkiem tego dostaje się mniejsza ilość krwi do narządów położonych w obwodzie skurczonego pnia tętniczego, a przez to zniża się w téj części ciepłota (styptyczne działanie zimna w krwotokach), gdy zaś wyżéj miejsca zadziałania powstaje przekrwienie oboczne, rozszerzenie naczyń powyżéj przeszkody w strumieniu krwi. W podobny sposób można znowu przez użycie wyższéj ciepłoty doprowadzić większą ilość krwi do szczególnych narządów, strumień krwi przyspieszyć. Tak zatém można w rozmaity sposób i w różnym stopniu wywoływać dla celów leczniczych zwiększony dopływ krwi do narządów lub też sprawić, że niemal zupełnie wstrzyma się w nich krążenie.

Sfigmografem można stwierdzić, że pod wpływem bodźca termicznego zwiększa się napięcie układu tętniczego, co dowodzi, że leczenie hydropatyczne w organicznych wadach serca jest uzasadnioném, gdyż dowolnie można tu regulować parcie krwi i napięcie ścian naczyń układu tętniczego. Teoryję tę popiera też praktyka.

Jestto fizycznym pewnikiem, że zimno zwalnia przejście płynów przez rurki włosowate, prawo to stwierdzono też dla krążenia krwi w naczyniach włosowatych, skutkiem tego w oziębionéj skórze krew się więcéj gromadzi, skóra staje się czerwoną, lecz gdy działanie zimna trwa dłużéj, krew gromadzi się więcéj w żyłach, skóra przybiera barwę niebieskawą, a w końcu przy dłuższém jeszcze działaniu wstrzymuje się krążenie przez skurczenie się naczyń i włókien mięśniowych. Jeżeli nadto uwzględnimy, że zbyt energiczne działanie zimna w podobny sposób działa także na naczynia głębiéj położone, że takowe zadrażnia i wywołuje w tych miejscach przekrwienie i zastoinę, to łatwo pojąć, że tego rodzaju postępowanie w zapaleniach nie jest racyjonalném, a lubo odniesie się pewne korzyści w chorym narządzie, to przecież nie takie, jakie tym środkiem osiągnąćby można. Otrzyma się takowe, jeżeli zastosuje się silne zimno na dośrodkowéj części nerwów i naczyń, które doprowadzają krew do narządu zajętego zapaleniem, samą zaś część chorą ustroju utrzyma się tylko chłodno, przyczém zachowa się jak największy spokój, i unikać się będzie znacznych skoków ciepłoty. Bardzo pouczającym jest przytoczony tutaj przykład dzielności tego postępowania. U chorego, który przypadkowo uciął sobie siekierą dwa palce zastósował autor powyższy sposób leczenia przeciwzapalnego. Zapalenie wcale się nie rozwinęło, a nadto dopóki działano z całą energiją, ropa wcale się nie wydzielała, przez co rana zagoić się nie mogła, skoro zaś przestano zimno przykładać zaczęła się ropa wydzielać i rana goić.

W leczeniu oparzeń zimną wodą wprowadza także pewne teoretycznie i praktycznie uzasadnione zmiany, skutkiem których stara się w tém leczeniu wypełnić wszystkie wskazania, a unikać niepożądanych zaburzeń, jakie szczególniéj następują przy zimnych kąpielach. Miejsce oparzone okrywa pojedynczym płatkiem płóciennym, który chwilowo zastępuje zniszczony przyskórek, chroni od ciągłego drażnienia, i zmniejsza znaczne skoki ciepłoty, a na ten płatek dopiero stosuje zimne okłady. Gdy zaś przestrzeń oparzenia jest bardzo wielką, wtedy na łóżku kładzie koc wełniany, potém prześcieradło gutaperkowe, a na to 2—3 prześcieradła płócienne wielkością odpowiednie oparzeniu, i kładzie na tak przyrządzone łóżko chorego, u którego już osłonił całą ranę cienkiém płótnem, a ciało dopiero owija w prześcieradła płócienne. Dopóki bóle i ciepłota rany są znaczne, skrapia prześcieradła zimną wodą, potém w miarę jak się zbyt oziębiają szczególnie nie zajęte części ciała, owija je pod spodem leżącém prześcieradłem gutaperkowém i kocem; gdy na części bolące bez przerwy stosuje zimną wodę dopóki tego wymaga potrzeba. Płótno przylegające do rany można pozostawić przez 8 dni.

Przechodząc do dalszych skutków, jakie wywiera bodziec termiczny na skórę, wykazuje, że takowy wpływa na siłę serca i jego czynność, a w różnych narządach na drodze odruchu występują rozszerzenia lub zwężenia naczyń. Poczém omawia cały szereg następstw na oddychanie, na wymianę gazów, na skład krwi oraz rozmaite zaburzenia, jakie występują w różnych narządach. Zastanawia się także nad nawałem krwi do mózgu podczas stosowania zimnéj wody, przyczém podaje sposoby zapobieżenia onemu a zarazem sposoby leczenia bólów głowy, które powstały z nawału krwi do mózgu a to przez kąpanie nóg w wodzie bardzo zimnéj lub słonéj. Napady zadyszkowe zwykle ustępują przez kąpanie rąk a jeszcze prędzéj przy silném skrapianiu twarzy zimną wodą, najpewniejszym zaś jest natrysk silny na potylicę.

Chcąc wymienić wszystkie uwagi doniosłe dla praktyki lekarskiéj pod względem leczenia rozmaitych chorób i różnych przypadków chorobowych, które W. przekonywająco nakreślił, to musiałbym niemal całą tę książkę pomieścić w mym liście. Nie mogąc zaś tego uczynić, zachęcam wszystkich lekarzy do nabycia tego dziełka, a niewątpliwie więcéj z niego odniosą korzyści, niż z całego tuzina efemerycznych modnych leków.

Zanim przejdę do pracy P i n g l e r a, niepodobna mi się powstrzymać, aby nie przestrzedz kolegów przed dziełem na pozór wcale okazałém: *Hydrotherapie, das ist Natur-und Wasserheillehre etc. Ein Hausbuch für Nichtärzte von Dr.*

Carl Munde XII Auflage, Leipzig 1877 (8vo str. 606 cena 9 marek). I tytuł i cena mogą łatwo złudzić lekarza, że przecież za takie pieniądze będzie się mógł czegoś nauczyć. Ale zdziwi się każdy, zobaczywszy dzieło o 606 stronnicach z drobnym drukiem gotyckim; przestarzałość formy już nie mile sprawi wrażenie. Treść téj olbrzymiéj mrówczéj pracy jest ta, że cała nauka lekarska jest wielkiém zerem tak pod względem dyjagnozy jak terapii, lecz ona jest zbyteczną, wszystkie leki apteczne są truciznami, lekarz nie potrzebuje sobie zresztą suszyć głowy nad rozpoznaniem choroby, bo i lekarza nie potrzeba, gdyż każdemu złemu bez wyjątku zaradzi zimna kąpiel i zawinięcie w koce! Ale szkoda słów, aby dłużéj zastanawiać się nad tém zaślepieniem.

(Dokończenie nastąpi.)

Althaus: **Rokowanie w krwotoku do mózgu.**

Ze względu, że krwotok do mózgu, którego najczęstszą przyczyną bywa według Charcota i Boucharda pękanie tętniaków wielkości prosa, jest chorobą tak ważną i tak częstą (umiera nań w saméj Anglii z Waliją po 12000 ludzi rocznie), rokowanie w nim wielkie ma znaczenie. W ogólności powiedzieć można:

1) Im krwotok obfitszy, tém mniejsza nadzieja uratowania życia; 2) krwotok prawie nigdy nie zabija od razu, w oka mgnieniu; nawet przy pęknięciu dużych tętniaków na podstawie czaszki upływało od wystąpienia pierwszych przypadów aż do śmierci przynajmniéj 7 minut. Największa liczba przypadków śmiercią zakończonych trwa od 6 do 12 godzin i lubo nie rzadko śmierć następuje 4go lub 5go dnia po wystąpieniu pierwszych objawów bądź skutkiem zapadu bądź zapalenia mózgu, to w ogólności im dłużéj trwa napad udarowy, tém większą nadzieja ocalenia.

W przypadkach kończących się śmiercią rychło a zatém w przeciągu 12 godzin zależy rokowanie od mocy przypadów udarowi towarzyszących. Najcenniejsze wskazówki daje nam pod tym względem termometr. Z początku napadu, osobliwie jeżeli krwotok nie był bardzo obfity, ciepłota jest prawidłową ale po kilkunastu minutach opada wynosząc pod pachą lub w odbytnicy 36, 35 do 34·8° C. Jeżeli ciepłota opada szybko lub wynosi 34·8° C., rokowanie zazwyczaj jest bezwarunkowo niepomyślne.

Za przyczynę tego zjawiska, na które Bourneville i Charcot pierwsi zwrócili uwagę, uważa A. zadrażnienie właściwych ośrodków nerwowych i przypisuje mu toż samo znaczenie, co drgawkom i stężeniu mięśniów.

3) W czasie, w którym po zadrażnieniu następują objawy czystego porażenia, ciepłota ciała podnosi się dochodząc niekiedy do 40° i wtedy znów rokowanie tém gorsze, im wyższa ciepłota. Jeżeli ciepłota podnosi się zwolna do 38·5, porażenie staje się wyraźniejszém a pacyjent przedtém na wpół senny coraz więcéj odzyskuje przytomności.

Mimo tego i tak w okresie tym rokowanie jest wątpliwe, gdyż śmierć może przyjść z następowego zapalenia mózgu. Wtedy to najważniejszą daje nam wskazówkę ostra odleżyna na pośladku po stronie porażenia, która prawie zawsze jest zwiastunem zakończenia się śmiertelnego a występuje między 2gim a 4ym dniem choroby. Zgorzel ta oznacza porażenie ośrodków odżywiania w mózgu a tém samém jest przypadem zupełnie różnym od odleżyn skutkiem ucisku u osób przez długi czas leżeć zmuszonych. Zgorzeli téj, jak to wykazał Charcot, nie można uniknąć ani przez ułożenie chorego na stronie zdrowéj, ani przez wypuszczanie moczu cewnikiem, różni się ona od zgorzeli w chorobach rdzenia pacierzowego, że nagabuje przeważnie sam pośladek. Gorączka ze zapalenia mózgu po wylaniu się doń krwi występuje zwykle przed dniem 4tym, jeżeli zatém chory dożyje 5go lub 6go dnia bez odleżyn lub większéj gorączki, rokować można lepiéj, przynajmniéj co do życia lubo i wtedy nowy, niespodziewany napad może nagle całą sprawę zakończyć.

Rokowanie w takich przypadkach zależy przedewszystkiém od wieku pacyjenta, im ten jest wyższym tém gorsze rokowanie. Natomiast dokładne badania statystyczne przekonały Althausa, że wbrew dotychczasowemu mniemaniu krwotokowi do mózgu podlegają (przynajmniéj w Anglii) prawie równo kobiety i mężczyźni i że śmiertelność obydwóch płci jest także prawie jednaka.

Pod względem terapii wychodzi A. ze założenia, że stan mózgu podczas krwotoku odpowiada niedokrewności, że zatém upust krwi jest bezwarunkowo szkodliwym. Natomiast A. radzi nieprzypatrywać się nieczynnie całéj sprawie, lecz przeciwnie użyć środków, któreby mogły wstrzymać dalszy wylew krwi z pękniętych tętnic. Za najskuteczniejszy w tym razie przetwór uważa A. podskórnie stósowany ergotyn Bonjeana i radzi wstrzykiwać co godzina po ziarnie czyli 7 centigramów, dopóki trwają gwałtowne przypady. Oczywiście dalsze doświadczenia winny orzec o skuteczności takiego leczenia.

Z przyczyn wiadomych powtarzają się krwotoki do mózgu a rokowanie jest tém gorsze, im więcéj napadów takich już się pojawiło. Pamiętać przytém należy, że jeżeli chorzy szczęśliwie napady udarowe przetrzymują, ich układ nerwowy przecież coraz więcéj podupada a osobliwie umysł niedołężnieje tak iż później lada przyczyna może się stać powodem śmierci.

Czy i kiedy napad znów się powtórzy, nie da się nigdy orzec stanowczo, w ogólności można rokować tém lepiéj, im w młodszym wieku i przy lepszych siłach chorego napad pierwszy się pojawił.

Nader ważném jest pytanie, czy z krwotoku do mózgu można kiedy zupełnie wyzdrowieć. Na podstawie spostrzeżeń na 460 przypadkach orzeka A. stanowczo, że wyzdrowienie zupełne jest wyjątkiem i że nawet u chorych na pozór zupełnie zdrowych dokładna obserwacyja przekonywa o pewnym upadku czynności mózgu, osobliwie pod względem psychicznym. Jest to oczywiście następstwem nadwerężenia substancyi mózgowéj, któréj komórki zwojowe raz zniszczone nie mogą się odrodzić ani w zupełności dać zastąpić innemi.

Stopień wyzdrowienia względnego po krwotoku zależy:

1) Od ilości krwi wynaczynionéj; im ona jest mniejsza, tém lepsze rokowanie.

2) Od części mózgu, do któréj krew wystąpiła; porażenie połowicze prawéj strony zazwyczaj jest cięższe niż lewéj raz dla tego, że porażenie odnogi górnéj prawéj ma większe oczywiście znaczenie niż lewéj, powtóre iż porażenie po prawéj łączy się zazwyczaj z upośledzeniem mowy *(aphasia)*, wreszcie iż zdaje się, jakoby porażenie lewéj łatwiéj było powstrzymać niż prawéj.

3) Od sposobu, w jaki ustępuje krew wynaczyniona. U ludzi starszych bardzo łatwo powstaje w sąsiedztwie krwotoku w okresie wyzdrowienia przewlekłe lubo nieznaczne zapalenie i to daje powód do dalszych niebezpieczeństw. W przypadkach pomyślnych tworzy się ostatecznie torbiel

w miejscu krwotoku po 3 miesiącach; porażenie zatém do tego czasu ciągle się zmniejsza, poczém zostaje *in statu quo*, jeżeli nie udało się temu zapobiedz. W innych przypadkach porażenie w najbliższych 6 do 12 miesiącach postępuje ciągle, co jest właściwém następstwem zwyrodnienia włókien nerwowych ku obwodowi. Przeciw zwyrodnieniu temu raz powstałemu nie mamy żadnego środka. Zapobiedz mu można do pewnego stopnia nie nihilizmem terapeutycznym lecz rzeczywistém działaniem, zadawaniem fosforu, który ma poprawiać odżywianie i czynność komórek zwojowych w pobliżu ogniska krwotokowego i stósownem używaniem prądu galwanicznego i indukcyjnego. *(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* VIII. 1.) *D.*

O. Lassar: **Związek puchliny zaskórnéj z białkomoczem.**

Z wiadomych doświadczeń na zwierzętach wypada, że przerwanie czynności skóry wywoluje moczenie białkiem atoli bez wyraźniejszych zmian anatomicznych, tak, iż ostatecznie nie wiedzieć, skąd pochodzi zakończenie się śmiertelne. Senator wykazał, że po pokryciu skóry przylepcem zwyczajnym a następnie posmarowaniu kleiną ani ciepłota ciała się nie obniża ani białkomocz nie występuje, czyli innemi słowy, że doświadczeń na psach i królikach nie można stósować do człowieka.

L. przytacza odnoszący się do tego przypadek, w którym za życia z bardzo znacznéj ilości białka w moczu obok wałeczków ziarnistych i szklistych rozpoznano zapalenie nérek, a rozbiór zwłok prócz bardzo wielkiéj puchliny całéj prawie skóry wykazał jedynie w dolnéj części jelita czczego duże, dawno zagojone wrzody obok następowego zwężenia przewodu pokarmowego. Na tak ciemny dla anatoma patologicznego wypadek badania makroskopijnego rzuciła światło dopiéro anamneza, według któréj na 4 miesiące przed śmiercią leczono chorego na świerzb w ten sposób, że go przez 4 dni po sobie na całéj powierzchni skóry nacierano naftą, poczém już po tygodniu wystąpiła puchlina zaskórna, która z początku nieco się zmniejszyła lecz późniéj znów się powiększywszy pozostała do końca życia. Badanie mikroskopijne skóry wykazało wysepkowe zapalenie.

Nie można więc wątpić, że wcierania nafty wywołały zapalenie skóry a to dopiéro dało powód z jednéj strony do puchliny zaskórnéj, z drugiéj do zboczenia czynnościowego nérek, czyli, że w tym przypadku białkomocz był znakiem cierpienia skóry, jéj następstwem. Lubo więc doświadczenia Senatora przemawiają za tém, że człowiek może znieść bez szkody przerwanie czynności skóry, to jednakowoż rozleglejsze jéj zapalenie ma wpływ na czynności nérek. Zostaje to w zgodzie z wypadkami badań Cohnheima i Lichtheima, którzy wykazali, że samo rozwodnienie krwi nie wywołuje puchliny zaskórnéj, że potrzeba jeszcze do tego pewnéj zmiany w naczyniach. *(Virchows Archiv. 72. 1. 1878.)* *D.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 23go stycznia 1878 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 18.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia Sekretarz zawiadamia o pismach nadesłanych, a Biblijotekarz o darach Dra Ściborowskiego i Dra Zieleniewskiego dla księgozbioru komisyi.

1) Przewodniczący w dłuższéj przemowie złożył hołd zasługom zmarłego Dra Dietla, założyciela i b. Prezesa komisyi, którego pamięć zebrani członkowie uczcili przez powstanie.

2) Dr. Lutostański, jako referent komitetu statutowego odczytał obszerny memoryjał do Wydziału krajowego w sprawie ustawy zdrojowéj. Treść tego memoryjału następująca. Przedstawiwszy obecny stan ustawodawstwa zdrojowego w Austryi i Węgrzech referent wykazuje, że w naszych zdrojowiskach istnieją dwie władze uchwalające, każda z innym zakresem działania: 1) komisyja zdrojowa, zarządzająca funduszem zdrojowym, tudzież 2) reprezentacyja gminna, do któréj należą sprawy administracyjne i policyjne, oraz aż pięć władz wykonawczych: *a)* inspektor zdrojowy, *b)* zwierzchność gminna, *c)* przełożony obszaru dworskiego, *d)* lekarz zdrojowy i *e)* starosta w charakterze przewodniczącego komisyi zdrojowéj. W zdrojowiskach też krajowych nie ma jednolitéj i sprężystéj władzy administracyjnéj. W tych warunkach zarazem nie może być mowy o upiększeniu zdrojowiska, o dostatecznéj wygodzie gości, wreszcie o higijenicznych urządzeniach.

Prócz tych niedostatków w zdrojowiskach naszych niejednokrotnie napotykano przeszkody przy zamierzoném rozszerzeniu zakładów, ponieważ właściciele tychże nie posiadali w miejscu odpowiedniém dostatecznéj powierzchni własnych gruntów pod budynki, chodniki itd., właściciele zaś gruntów okolicznych nie chcą ich sprzedawać, ustępować w drodze zamiany lub wydzierżawiać.

Rozliczne te przeszkody, utrudniające rozwój zdrojowisk krajowych, zwracały na siebie uwagę Wys. Rządu i Sejmu, który uchwałą z d. 28 września 1868 r. przekazał Wydziałowi krajowemu wszelkie petycyje w tym przedmiocie wniesione do Sejmu do załatwienia i wypracowania ustawy zdrojowéj. W téj sprawie Wydział sejmowy zasięgnął opinii komisyi balneologicznéj.

Uregulowanie stosunków zdrojowych na drodze ustawodawczéj napotyka na niezmierne trudności. Zdaniem referenta w celu podniesienia zdrojowisk krajowych niezbędnie potrzeba: 1) polepszyć stosunki administracyjno-policyjne w zdrojowiskach; 2) zapewnić ochronę zdrojów wód lekarskich od szkodliwych działań różnego rodzaju, tudzież ułatwić możliwy rozwój zakładów zdrojowo-kąpielnych. W tym celu należy przyznać zdrojowiskom cechę zakładów użytku publicznego i wynikające z tego prawo przymusowego wywłaszczenia; 3) ustanowić odpowiedni celowi nadzór policyjno-lekarski i nadać umiejętny kierunek urządzeniom balneotechnicznym i zarządom zdrojowym; 4) wreszcie zapewnić gościom kąpielnym możliwe wygody.

W ogóle reforma ustawodawstwa może być uskuteczniona: *a)* w drodze ustawodawstwa krajowego; *b)* za pomocą rozporządzeń władz politycznych; *c)* w drodze ustawodawstwa państwowego.

I. Co do reformy stosunków zdrojowych w drodze ustawodawstwa krajowego oprzeć się należy na ust. z d. 5 maja 1862 określającéj zasadnicze podstawy urządzenia gmin, tudzież na ustawie organizacyi publicznéj służby zdrowia z d. 30 kwietnia 1870 r. Po krytycznem roztrząśnieniu całéj sprawy referent oświadcza się za zniesieniem dotychczasowych komisyj i inspektorów zdrojowych i za przekazaniem gminom wszelkich spraw zdrojowych *(Kurwesen)* w poruczonym zakresie działania. Dla wytworzenia silnéj organizacyi, która mogłaby podołać obszernemu i ważnemu zadaniu gminy w zdrojowiskach, niezbędném jest przymusowe połączenie gmin tj. utworzenie tak zwanéj gminy zbiorowéj. Z powodu ważności leczniczéj, humanitarnéj i ekonomicznéj zdrojowisk krajowych referent mniema, że reformę gminną należy od nich rozpocząć i potworzyć gminy zdrojowe (§. 7, ust. o zas. pod. urządz. gmin i §. 96 kraj. ust. gminnéj), przyczém żąda zabezpieczenia pewnéj niezależności właścicieli zdrojowisk, tudzież przewagi miejscowéj inteligencyi. Takie gminy w zdrojowiskach, w których przebywa od 1000—3000 gości mają mieć osobne statuty w myśl §. 22 i §. 23 ustawy o zas. podst. urządz gmin z r. 1862. W gminach zdrojowych należy tym statutem ustanowić osobne organy do spełnienia specyjalnych zadań, wynikających z natury rzeczy, oraz odpowiednie tym zadaniom zakłady, a mianowicie: urząd lekarza zdrojowego, akuszerkę zdrojową, zdrojową komisyję zdrowia, komisyję upiększe-

nia, oraz szpital zdrojowy, a to w myśl §. 4 i 5 ust. o publ. organ. służby zdrowia z d. 30 kwietnia 1870 r.

II. Co do polepszenia stosunków zdrojowych przez rozporządzenia władzy krajowej politycznej referent wnosi, aby dla zdrojowisk, które nie będą miały osobnych statutów wydany został w drodze administracyjnej regulamin zdrojowy, tudzież szczegółowa instrukcyja dla lekarzy zdrojowych po wysłuchaniu opinii kom. balneologicznej i krajowej rady zdrowia; wreszcie do podniesienia zdrojowisk krajowych należy zapewnić wodom lekarskim na sprzedaż rozsyłanym należyte przymioty. Nastąpić to może przez wydanie w drodze administracyjnej instrukcyi co do czerpania i rozsyłki wód lekarskich, po wysłuchaniu opinii kom. baln. i rady zdrowia.

III. Co do poprawienia stosunków zdrojowych w drodze ustawodawstwa państwowego. Referent roztrząsa ustawodawstwa zdrojowe rozmaitych krajów w Europie i w Ameryce, wnosi i uzasadnia leczniczą potrzebę przyznania zdrojowiskom w drodze ustawodawczej: 1) cechy zakładów użytku publicznego, 2) ochrony protekcyjnej i 3) prawa ograniczenia własności przez wywłaszczenie lub służebności za odpowiedniém wynagrodzeniem właściciela oddającego grunt na użytek publiczny, oraz aby Wysoki Sejm w myśl §. 19 statutu krajowego poczynił w téj mierze odpowiednie wnioski. Dopóki takie ustawy nie zostaną wydane, referent wnosi, aby plany regulacyjne zdrojowisk były zatwierdzone przez polityczną władzę krajową. Z tego zapewnienia wpływu Rządowi na rozszerzenie zakładów zdrojowych wynika, iż polityczna władza według ogólnych dyrektyw w myśl §. 365 w związku z paragrafem 291 i 292 ust. cyw. może wywłaszczać. Wywłaszczanie na téj zasadzie w zdrojowiskach czeskich było wykonywane.

Memoryjał powyższy komisyja balneologiczna jednomyślnie uchwaliła i na wniosek przewodniczącego wyraża referentowi podziękowanie.

3) Dr. Lutostański przedstawia następnie projekty do ustaw i regulaminów wypracowane na powyższych zasadach. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos prócz sprawozdawcy prof. Dr. Alth, Dr. Warschauer, prof. Dr. Korczyński i Dr. Grabowski. Ten ostatni wnosi, aby projekty te zalecić w memoryjale jako memoryjał dla obrad komisyi badawczej przez Wydział krajowy zwołać się mający. Wniosek ten przyjęto.

4) Dr. Ściborowski odczytał dalszy ciąg swéj pracy pod tytułem: Opis Krzeszowic jako zakładu zdrojowego wód siarczanych. Rozprawa ta wkrótce drukiem ogłoszoną zostanie.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne II. z dnia 16go stycznia 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 27.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9.)

W dyskusyi zabiera głos kol. Zarewicz: Endoskopy służą, jak kol. prelegent wspomniał, do wyśledzenia tych zmian w cewce moczowéj, które tam jako następstwa rzeżączki napotykamy, następnie endoskopija mogłaby przynieść znaczne korzyści pod względem rozpoznawczym i terapeutycznym. Rozpoznając śluzotok chroniczny stwierdzamy zarazem, że z cewki moczowéj wydziela się w mniejszéj lub większéj ilości po krótszym lub dłuższym przestanku nieoddawania moczu kropelka cieczy śluzowéj, śluzoworopnéj, lub nawet czysto ropnéj, nieoznaczywszy jednakże zmiany, która jest przyczyną téj wydzieliny. Z tego wynika, że rozpoznanie „rzeżączka chroniczna“ znaczy tyle, co rozpoznanie przypadu chorobowego, bez podania zmiany anatomicznéj i właściwéj choroby. Pozwolę sobie zatém przedłożyć panom znane dotychczas zmiany, które zawdzięczają swe powstanie przewlekłéj rzeżączce, zmiany, które już dawno stwierdzone zostały na stole sekcyjnym, zanim je potwierdziła endoskopija. Wyobraźmy sobie, że mamy do czynienia z pacyjentem, u którego wydziela się codziennie rano kropelka cieczy, dowcipnie przez niemców nazwana *„bon jour Tröpfchen“*, to przyczyna tego polegać może na przekrwieniu ściśle ograniczoném do pewnéj części cewki moczowéj, a przekrwienie to polega na prostém rozszerzeniu naczyń. Dalszą zmianą jest wybujanie błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj, która może zajmować już to całą cewkę moczową albo téż część jéj tylko, przez co błona śluzowa staje się grubszą, niepodatną i przybiera barwę szarawo-czerwoną. Dalsze zmiany polegają na tém, że to bujanie tkanki łącznéj sięga głębiéj, mianowicie do ciała jamistego cewki moczowéj, skąd powstają zwężenia cewki. Hyperplazyja może także sprowadzić zmiany w narządzie gruczołkowym błony śluzowéj cewki moczowéj, gdyż skutkiem znacznego bujania błony śluzowéj i podśluzowéj bywają przewody gruczołów śluzowych zatkane, gruczoły powiększone, skutkiem tego wysterczają ponad powierzchnię błony śluzowéj, a ta ostatnia nabiera przez to wejrzenia nierównego chropawego *(Urethritis follicularis)*. Cierpienie tego rodzaju wydarzyć może się także w okresie przyostrym rzeżączki, a siedzibą zmian jest wtedy część gębczasta. Do dalszych zmian następowych rzeżączki przewlekłéj policzyć należy brodawkowate wyrośle *(papilläre Vegetationen)*, które bardzo często napotykamy u kobiet przy ujściu cewki moczowéj, są one podobne do kłykcin kończystych. Takie same wyrośle napotykamy i u mężczyzn; łatwo mogą one być usunięte, jeżeli znachodzą się przy ujściu cewki moczowéj; daleko częściéj jednak usadawiają się one w dalszych częściach cewki moczowéj i stają się powodem uciążliwych, łatwo odnawiających się zwężeń. Cechującym poniekąd przypadem tych wyrośli jest łatwe broczenie podczas wprowadzania zgłębnika i stosunkowo słaby opór, jakiego doznaje narzędzie wprowadzane, z przypadów podmiotowych zaś uwydatnić należy utrudnione oddawanie moczu obok uczucia gniecenia lub ciężkości na międzykroczu. Ostatnią zmianą, jaką napotykamy w głębszych częściach cewki moczowéj, jest t. zw. *granuloma*, które polega na pojawianiu się w błonie śluzowéj właściwych tworów, barwy szaréj, ubogich w naczynia krwionośne; twory te ulegają łatwo przeobrażeniu wstecznemu i wywołują zbliznowacenie błony śluzowéj. To są mniéj więcéj zebrane w krótkości następstwa rzeżączkowego zapalenia cewki moczowéj. Od rozpoznania dokładnego jakości zmian zależy bardzo wiele. Jeżeli bowiem zmiana ogranicza się do pewnéj tylko części cewki moczowéj, są wszelkie wstrzykiwania nieodpowiednie, bo nierozsądną jest rzeczą narażać całą cewkę moczową na bodźce dla niéj nie obojętne, jeżeli cierpienie może być usunięte przez zastósowanie leczenia ściśle miejscowego. Leczenie może być rozmaite, stósownie do zmiany chorobowéj i tak wystarczy w jednym przypadku pędzelkowanie roztworem jodu, w drugim ściągające suppositoria; w innym przypadku nie wystarczy podobne leczenie, ale wskazaném być może wprowadzanie świeczek, albo niszczenie narośli za pomocą środków żrących. Wziernikowemu badaniu cewki zawdzięczamy wykrycie jednéj jeszcze zmiany tego rodzaju, jakie u mężczyzn często napotykamy na napletku, mianowicie t. z. liszaju napletkowego. Chorzy dotknięci tém cierpieniem doznają nieprzyjemnego uczucia w rowku czołenkowatym cewki moczowéj, czemu towarzyszy wydzielanie się cieczy śluzowo-ropiastéj; przypady te ustępują jednak w krótkim czasie. Nowsze badania Tarnowskiego wykazały, że w takich razach mamy do czynienia z t. zw. *herpes urethralis*, który cechuje się tém, że na pewnéj części zaczerwienionéj błony śluzowéj napotykamy gromadkę drobnych powierzchownych wrzodzików. Daléj udało się Grünfeldowi odkryć za pomocą badania wziernikowego nowotwory polipowe w cewce moczowéj, które stosunkowo mało sprawiając dolegliwości, rzadko za życia bywały rozpoznawane. Wracając do wykładu właściwego kol. Obtułowicza, wypada mi odpowiedzieć, czy zmiany te, o których przed chwilą panom wspominałem, rozpoznać można za życia za pomocą endoskopu. Niektórzy z badaczów mieli je widzieć i rozpoznać, jeżeli ja zaś oprzeć się miałbym na własném acz nielicznem doświadczeniu, musiałbym wynik badań w ten sposób streścić, że w śluzotoku ostrym znachodziłem błonę śluzową zaczerwienioną, obrzękłą, łatwo broczącą, pokrytą mniejszą lub większą ilością cieczy ropnéj, tego zaś wszystkiego, jako rzeczy z góry wiadomych, nie potrzebujemy sprawdzać za pomocą endoskopu. W śluzotoku chronicznym nie byłem nigdy tak szczęśliwym, ażebym mógł był wyśledzić którąkolwiek z przytoczonych zmian, co więcéj, przyznam się panom otwarcie, że nigdy nie udało mi się widzieć za pomocą endoskopu *caput gallinaginis*, które przecież w stanie prawidłowym tworzy dość wybitną wyniosłość. Co się zaś tyczy samego przekrwienia, które jako pozostałość po rze-

żączce utrzymywać się może przez czas dłuższy, tyle tylko nadmienię, że i w stanie fizyjolog. są rozmaite części cewki nie jednakowo w naczynia krwionośne zaopatrzone.

Na tem zakończono posiedzenie. *Dr. Wurst.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 7 marca. Namiestnictwo tyrolskie wydało następującéj treści rozporządzenie: „Ponieważ wedle doświadczeń umiejętnych czynionych w nowszych czasach, gorączkę pologową uważać należy za chorobę zaraźliwą, która przeniesioną być może na położnicę zdrową za pośrednictwem narzędzi i sprzętów, jak kateterów, strzykawek, cewek nasadowych, gąbek itd. używanych u chorych na gorączkę pologową a potém nie należycie odrażanych, jakotéż za pośrednictwem rąk nieczyszczonych, zachodzi konieczna potrzeba surowego polecenia akuszerkom, aby narzędzia swoje i sprzęty, jak cewniki, strzykawki, cewki nasadowe, gąbki itp. po każdym porodzie i po każdorazowém użyciu u brzemiennéj lub położnicy, zdrowéj lub choréj, czyściły starannie rozczynem kw. karbolowego odrażającego, również i ręce swoje obmywały rozczynem kw. karbolowego rozcieńczonego i to każdym razem przed udzielaniem pomocy swéj kobietom brzemiennym, rodzącym lub położnicom. Każda akuszerka więc pod karą jest obowiązaną przy każdéj wizycie u rodzącéj, brzemiennéj lub położnicy mieć przy sobie zgęszczony rozczyn (5%) kw. karbolowego i posługiwać się w sposób namieniony płynem rozcieńczonym (1 część kwasu zgęszczonego na 4 części wody), aby unikać przeniesienia materyj wywołujących chorobę u kobiet opiece ich oddających się.“

Na rozporządzenie to wydane d. 24 stycznia rb. do. L. 1303 w skutek wniosku prof. Kleinwächtera uczynionego w Radzie zdrowia przy sposobności obrad nad nową instrukcyją dla akuszerek, zwracamy uwagę Namiestnictwa naszego, ponieważ uważamy za rzecz wielce pożądaną, aby podobny przepis i u nas obowiązywał.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 8 (od 17—23 lutego) umarło w Krakowie osób 43; 27 mężczyzn i 16 kobiet; 17 osób w obwodach i 26 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 40,6; we Lwowie 32,1; w Warszawie 31,3; w Poznaniu 25,4; w Wiedniu 23,7; w Budapeszcie 27,4; w Pradze 41,6; w Tryjeście 57,4; w Genewie 24,2; w Brukseli 20,8; w Paryżu 30,1; w Londynie 25,6; w Kopenhadze 25,3; w Chrystyjanii 18,3; w Petersburgu 56,6; w Odessie 21,6; w Wenecyi 30,5; w Bukareszcie 24,3; w Aleksandryi 38,3; w Królewcu 43,8; w Monachijum 38,9; w Kassel 44,3; w Berlinie 26,1; w Lipsku 23,7; w Dreźnie 25,8. Z chorób zakaźnych zmarło w tymże czasie w Krakowie osób 13, mianowicie: z ospy 1 osoba nie szczepiona, z dławca 1, z krzuśca 2, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 7, z róży 1. Do szpitalów mniéj przybywa chorych na dur powrotny, lecz umiera z niego jednakowa ilość.

* **Warszawa.** W Nr. 8 *Tygodnika powszechnego* umieszczony jest życiorys Józefa Dietla przez Dra Gustawa Fritschego z piękną ryciną, przedstawiającą Dietla w ornacie rektorskim.

* Wydane zostało rozporządzenie, na mocy którego odtąd, w sklepach rodzinnych we wszystkich tutejszych cmentarzach się znajdujących, nie inaczéj będą mogły być składane zwłoki jak tylko w trumnach metalowych hermetycznie zalutowanych. Rozporządzenie powyższe ma na celu względy sanitarne. Miejsce i czas zalutowania zapewne pozostawione będzie do woli rodziny i będzie mogło nastąpić albo w domu, albo téż dopiero na cmentarzu. *(Kur. Warsz.)*

* Dr. Perlmutter wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, który jako lekarz przebywał długo w Bukareszcie, złożył sumę 10,000 rsr., które stanowić mają zawiązek kasy pożyczkowéj przy tymże uniwersytecie, poświęconéj dla wyłącznego użytku studentów. Oprócz tego szlachetny dawca przeznaczył jeszcze inne mniejsze kwoty dla biednych.

* **Wiedeń.** W radzie sanitarnéj dolno-austryjackiéj przewodniczący prof. Späth zwrócił uwagę na niebezpieczeństwo grożące zdrowiu ogólnemu z powodu niedostatecznego lub całkiem zaniedbanego zakopania na wielkich pobojowiskach blizko granic naszego państwa tak wielkiéj liczby ciał ludzkich i zwierzęcych i wniósł, aby w tym względzie wnieść podanie do władz odpowiednich. Wniosek ten został przyjęty.

* W zakładzie wychowawczym dla córek oficerskich w Hernals wybuchła tak silna epidemija duru, że na 120 uczennic 40 choruje ciężko. Przyczyną epidemii ma być woda do picia, nieodpowiadająca wymogom sanitarnym.

* **Paryż.** Pogrzeb Klaudyjusza Bernarda odbył się z wielką wystawnością, zwłoki pochowane zostały na cmentarzu Père la Chaise, mowę pogrzebową miał chemik Dumas. Towarzystwo bijologiczne wybrało komisyję, w skład któréj wchodzą między innymi Bert, Ranvier, Vidal, którą się ma zająć zbieraniem składek na pomnik dla Bernarda.

M. Ż. Na posiedzenie Akademii lekarskiéj w dniu 19tym lutego 1878 r. nadesłał uczeń medycyny Roche memoryjał, który traktuje o sposobie pewnym odróżnienia śmierci pozornéj od rzeczywistéj. Sposób ten zależy na wprowadzeniu w jaką żyłę nitki bawełnianéj, która po chwili wyjęta daje dowód, że 1) jeżeli nitka okryta jest włóknikiem, życie istnieje najpewniéj; 2) jeżeli zaś ta nie zawiera ani śladu włóknika, śmierć jest wtedy rzeczywistą. *(Gaz. des Hôp Nr. 22. 21 Fevrier 1878.)*

* Ze sprawozdania statystycznego o ruchu chorych w klinice japońskiéj w Yedo, ogłoszonego przez Dra Wernicha *(D. med. Woch.* 1878 Nr. 9) dowiadujemy się, że dur wysypkowy i płonica w Japonii są całkiem nieznanemi.

* **Mianowania i odznaczenia.** Asystent prof. Virchowa, Dr. Orth zamianowany prof. anatomii patolog. w Gietyndze na miejscu Ponficka, przeniesionego do Wrocławia. — Docent prywatny Dr. E. Drechsel w Lipsku zamianowany prof. nadzw. tamże. — Członek Rady sanitarnéj krajowéj w Budapeszcie Dr. Ludwik Grosz zamianowany został naczelnym lekarzem wszystkich kolei węgierskich (z płacą 2500 zlr. w. a.), a równocześnie otrzymał szlachectwo węgierskie w uznaniu zasług koło spraw sanitarnych.

* **Nekrologija.** D. 22 lutego rb. zmarł w Kazanlyku lekarz Bronisław Załęski w 24 roku życia na tyfus. Ukończył on był dopiero w roku przeszłym nauki lekarskie w Warszawie; a w Warszawie również w 24 roku życia lekarz Karol Olszewski *(Kur. Warsz.)*. W Nowym Yorku zmarł znany ginekolog amerykański Dr. Edmund Randolf Peaslee, licząc lat 67.

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. MEHLHAUSEN: Charité - Annalen III Jahrg. (1876). Mit lithogr. Tafeln u. Tabellen. Berlin 1878, A. Hirschwald. 20 m.

Dr. A. ADAMKIEWICZ. Die Secretion des Schweisses. Eine bilateral-symmetrische Nervenfunction. Berlin 1878. A. Hirschwald. 2 m.

Dr. PIERSON. Compendium der Balneotherapie. 2te Aufl. Leipzig 1878. Abel, 4 m.

M. TETZER. Compendium der Augenheilkunde. Herausgegeben von J. Grünfeld. Mit 3 litogr. Tafeln 3te verbesserte Auflage. Wien 1878. M. Perles. Duża 8ka str. IV. 468. 5 zlr.

G. LEOPOLD. Studien über die Uterusschleimhaut während Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett. Mit 10 lith. Tafeln in Farbendruck. (Sep. Abdruck a. d. Archiv für Gynäkologie). Berlin 1878. Hirschwald. Duża 8ka str. VI. 146, 12 m.

P. BRUNS. Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen. Berlin 1878. A Hirschwald. Duża 8ka str. VIII 211. 5 m.

A. EULENBURG. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Zweite, völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Erster Theil. Berlin 1878. A Hirschwald. Duża 8ka str. XII 377. 9 m.

(Z pracy téj wkrótce osobno zdamy sprawę).

L. M. POLITZER. Die Entstehung der Gefahr im Krankheitsverlaufe. Mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose der Gefahr, ihrer Prophylaxe und Therapie. Wien 1878. Braumüller. 8ka str. XX. 385. 3. zlr. 50 cent.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 13go b. m. o godz. 5 popol. posiedzenie, na którém po wyczerpaniu porządku dziennego z poprzedniego posiedzenia 1) Prof. Dr. Olszewski zda sprawę z rozbioru chemicznego wody z Tuczańska, 2) Dr. Lutostański odczyta referat o zdrojowisku Rymanowskiém.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W Administracyi Przeglądu Lekarskiego jakoteż w księgarni Wgo Krzyżanowskiego

nabyć można **portrety litografowane** w dużym formacie na pięknym papierze in folio

prof. Dra **MAJERA**

Prezesa Akad. Umiej. po cenie 2 złr. 50 c. w. a. z przesyłką pocztową 2 złr. 80 c.

Dla Prenumeratorów Przegl. Lek. i Człon. Koresp. Tow. lek. krak. wynosi cena z przesyłką 2 złr. 30 c.

ś. p. Prof. Dra **SKOBLA**

po cenie 2 złr. w. a. z przesyłką pocz. 2 złr. 30 ct. Dla Prenumeratorów Przegl. Lek. i Człon. Koresp. Tow. lek. krak. wynosi cena z przesyłką 2 złr.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 16 Marca 1878. № 11. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Podał Prof. Dr **Korczyński.**

II.

Rak pierwotny w przewodzie wątrobowym (ductus hepaticus). Następowa marskość przerostowa wątroby (Cirrhosis hypertrophica hepatis). Kilka słów o ajtyjologii raka.

Rak pierwotny w drogach żółciowych przydarza się rzadko. Zazwyczaj przenosi się rak na przewody żółciowe lub pęcherzyk żółciowy z wątroby, trzustki, żołądka, dwunastnicy, gruczołów limfatycznych położonych około więzu wątrobowo-dwunastnicowego i gruczołów zaotrzewnowych. Częściéj jeszcze napotykamy rak pierwotny w pęcherzyku żółciowym, aniżeli we właściwych przewodach żółciowych.

Piérwszym, który zebrał większą liczbę przypadków raka pierwotnego pęcherzyka żółciowego był Durand-Fardel *(Recher. anat.-pathol. sur la vesie et les canales bilif. Arch. génér. de Méd. 1840. 1841.).* Po nim zajmował się bliżéj tą chorobą Frerichs *(Klinik der Leberkrankheiten 1861. II. 454.).* Opierając się na własnych spostrzeżeniach jakoteż przypadkach ogłoszonych przez Durand-Fardela, Markhama, Murchisona, Heschla i Kloba wymienia Frerichs trzy postacie, w jakich jawi się rak w pęcherzyku żółciowym, mianowicie jako rak włóknisty, rdzeniowy i kosmkowy. Dokładne opisy téj choroby znajdują się także w anatomijach patologicznych Foerstera *(Handb. d. spec. path Anat. 118.),* Klebsa *(Handb. d. path. Anat. I. 1. 492.)* i Birch-Hirschfelda *(Lehrb. d. p. An. 972.),* a wynika z nich między innemi, że oprócz powyż wymienionych postaci przydarza się także rak galaretowy i oblak *(Cylinderzellenkrebs).* Wszyscy ci autorowie twierdzą zgodnie, że równocześnie napotyka się bardzo często kamyki żółciowe w pęcherzyku żółciowym, a różnią się tylko w zapatrywaniu na znaczenie takowych. Podczas gdy Frerichs i Birch-Hirschfeld nie kuszą się wcale o wyjaśnienie związku przyczynowego, Foerster przypuszcza, że kamyki żółciowe wytwarzają się następowo skutkiem zastoju żółci, zaś Klebs twierdzi stanowczo, że kamyki żółciowe są momentem wywołującym powstanie raka, a opiera się między innemi także na swém spostrzeżeniu, gdzie obok licznych dawniejszych kamyków żółciowych znajdowały się w pęcherzyku żółciowym pierwsze początki nowotworu rakowego.

W ostatnich czasach zwrócono także uwagę na raki wątroby, które wychodzą ze ścian drobnych przewodów żółciowych skutkiem bujania przybłonków wyściełających takowe *(Gallengangskrebs der Leber).* Ponieważ zboczenie to, stwierdzone zaledwie w kilku przypadkach niema dotąd wybitnego znaczenia klinicznego i dotyczy więcéj sposobu rozwijania się raków w wątrobie, przeto odsyłam po bliższe szczegóły téj sprawy do opisu przypadków Naunyna *(Reicherts u. Du Bois Reymonds Archiv 1866.),* Waldeyera *(Virchows Archiv 52.)* i Klebsa *(Handb. d. path. An. I. 1. 493.).*

Zestawieniem znanych przypadków pierwotnego raka w samych przewodach żółciowych zajął się w ostatnich czasach w Niemczech Schreiber *(Berl. klin. Woch. 1877. Nr. 31.).* Po wykluczeniu niezupełnie czystych przypadków Frerichsa i Lambla wynalazł on w literaturze tylko 3 przypadki niewątpliwie pierwotnego raka przewodów żółciowych, a mianowicie przyp. Röscha, gdzie nowotwór usadawiał się w przewodzie wątrobowym, Durand-Fardela i Rosensteina, gdzie siedzibą nowotworu był przewód żółciowy wspólny, do których dołącza własny przypadek spostrzegany w klinice Naunyna w Królewcu, gdzie u kobiety 62-letniéj nowotwór zajmował przewód wątrobowy.

Największą liczbę znanych przypadków raka pierwotnego tak w pęcherzyku żółciowym, jak w przewodach żółciowych zestawili: Bertrand w rozprawie inauguracyjnéj pod kierunkiem Cornila *(Thèse de Paris 1870),* F. Villard *(Mouvement médical* 1870. 10 — 34 i w osobnéj rozprawie p. t. *Etude sur le cancer primitif des voies biliaires,* z któréj wnioski ostateczne przytoczono w *Gazette des Hôpitaux* 1872, Nr. 110.) i Hilton Fagge *(Guys Hospital

Reports 1875. 168.) i na tychto przeważnie opisach Charcot w wykładach klinicznych o chorobach wątroby *(Leçons sur les maladies du foie etc. Paris 1877. 198.)* osnuwa swe krótkie uwagi jak niemniéj twierdzenie, że w przeważnéj liczbie przypadków rak dróg żółciowych powstaje skutkiem kamyków żółciowych. Jenialny ten autor opiera się w tym względzie na częstości, z jaką napotykano równocześnie obiedwie zmiany (kamyki żółciowe znajdowały się w większéj połowie przypadków Villarda, w 14 przyp. z pośród 15 przyp. raka dróg żółciowych opisanych przez Bertranda i we wszystkich 12 przyp. jakie w przeciągu 21 lat ze szpitala Jerzego zestawił Hilton Fagge), na spostrzeżeniu Hiltona Faggego, że w przeważnéj liczbie przypadków poprzedzały objawy kliniczne kamyków żółciowych, nakoniec na przypadku opisanym przez Moxona, gdzie w przewodzie żółciowym wspólnym tkwiły kamyki tego samego kształtu co w pęcherzyku żółciowym, a w najbliższém sąsiedztwie takowych znajdowało się zacieśnienie rakowe przewodu żółciowego wspólnego.

Całkiem innego rodzaju było tło ajtyjologiczne w przypadku dostrzeganym w klinice lekarskiéj krakowskiéj, i z tego to głównie powodu opiszę takowy w streszczeniu:

W. G., lat 69 liczący, były piekarz, przyjęty w dniu 8 listopada 1877 r., nie podaje żadnych szczegółów, któreby wskazywały na dziedziczne usposobienie do chorób. Podczas 17 letniéj służby wojskowéj chorował przez przeszło trzy miesiące na zimnicę, późniéj przebył zapalenie prawego płuca. Około 40go roku życia nabawił się znów zimnicy, która miała trwać cały rok. Odtąd aż do obecnéj choroby cieszył się zupełném zdrowiem. Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma laty kaszlem połączonym z obfitém wykrztuszaniem plwocin śluzowych, który w piérwszym roku stopniowo coraz bardziéj się wzmagał, zaś w drugim roku o wiele się zmniejszył. W tym czasie doznawał chory co kilka miesięcy zupełnego braku łaknienia, połączonego z wstrętem do wszelkich potraw, przyczém słabł na siłach, tak, że nieraz przepędzać musiał dni kilka lub kilkanaście w łóżku; po obudzeniu się łaknienia siły napowrót wracały, a chory nie miał doznawać żadnych przypadków żołądkowych. Przed pięciu tygodniami miała powstać żółtaczka i to nagle (jak twierdzi chory ospały i apatyczny); odtąd utrata łaknienia była już stałą i dochodziła do tego stopnia, że chory całemi dniami nic nie jadał, a siły podupadły tak, że chory nie mógł się już podźwignąć z łóżka, dręczony nadto pragnieniem i ciągłém uczuciem zimna. Kilkakrotnie pojawiły się w tym czasie nieznaczne bóle w podżebrzu prawém.

Badanie wykazało: Budowa kośćca dobra, wzrost wysoki. Wychudnienie znaczne. Skóra sucha, szorstka, ciemnobrunatno-żółta, osobliwie na twarzy i rękach, okazuje w licznych miejscach ślady drapania z powodu znacznego swędzenia. Wyraźna żółtaczka białkówek i błon śluzowych, tętno małe 76 — 80, tętnica wężykowata. Cieplota 35·6 — 36·6° C., odnogi dolne sinawe i chłodne, około kostek nie znacznie obrzmiałe. Mocz w ilości około 1000 cm. sz. barwy zielonawo-żółto-brunatnéj, o ciężarze gatun. 1010, prócz wielkiéj ilości barwików żółciowych nie zawiera żadnych składników nieprawidłowych. Znaczne osłabienie, ospałość i apatyja. Źrenica prawa szersza od lewéj. Ciężar ciała 50 kilgm. Obwód klatki piersiowéj w wysokości pach 87 cm., w wysokości sutków i kątów dolnych łopatek przy poziomém ustawieniu rąk 90 cm., w wysokości nasady chrząstki mieczykowatéj 97 cm. Głębokość w wysokości połowy mostka $21\frac{1}{2}$ cm, długość w linii sutkowéj 32 cm., rozszerzalność w obwodzie środkowym 6 cm. Liczba oddechów 16. Wartości pneumatometryczne + 18, — 13; wartość spirometryczna 2750 cm. Poruszalność klatki piersiowéj z przodu większa po stronie lewéj w szczycie a po prawéj w dole. Dołek nad i podobojczykowy prawy lekko zapadły. W szczycie lewym w ograniczoném miejscu odgłos wypukowy jest stłumiony, tak z przodu, jakoteż z tyłu; z przodu wdech pęcherzykowy przerywany, wydech przedłużony, mocno słyszalny, z tyłu wdech i wydech oskrzelowy słaby, dosyć niski. Po stronie prawéj w szczycie z przodu i w pasze odgłos stłumiony do dolnego brzegu 3go żebra, z tyłu aż do połowy łopatki; nad drugiém żebrem z przodu odgłos metaliczny, który staje się wyższym w położeniu siedzącém i przy otwarciu ust tak w położeniu siedzącém, jakoteż leżącém; w miejscu stłumienia z przodu wdech i wydech jamisty i rzężenia grubobańkowe dźwięczne, z tyłu wdech i wydech wysoki oskrzelowy. Dolne granice płuc obniżone. Stłumienie serca występuje tylko na bardzo małéj przestrzeni. Chory kaszle zaledwie kilka razy na dobę; plwociny są nadzwyczaj skąpe, ropne, a zbadane pod drobnowidem okazują obok świeżych komórek wypocinowych zadziwiająco wielką ilość drobnoziarnistéj miazgi, liczne świeże komórki przybłonka płaskiego i małą ilość przybłonka płaskiego mniejszych rozmiarów o jądrach wydłużonych. W jamie brzusznéj nieznaczna ilość płynu wolnego. Wątroba, któréj górny brzeg stłumienia ustawiony jest w linii sutkowéj w wysokości górnego brzegu 8go, w linii pachowéj środkowéj w wys. górn. brzegu 9go żebra, daje się wymacać w linii pachowéj na szerokość 4 cm., w linii sutkowéj na szerokość 5 cm. pod łukiem żebrowym, a w linii środkowéj na 3 cm. pod pępkiem. Powierzchnia jéj jest równa i gładka, a brzeg twardy i tępy prawie wcale nie jest bolesny. Wycięcie *(incisura)* daje się dokładnie wymacać, zaś pęcherzyka żółciowego nie czuć wcale. Wymiary śledziony małe. Przy obmacywaniu brzucha czuć w wielu miejscach przelewanie się płynu w jelitach. Stolce rzadkie, zupełnie odbarwione, skąpe, w ilości kilku na dobę. Zupełny brak łaknienia. Język wilgotny, obłożony białym mułem.

Rozpoznano suchoty płucowe obustronne, w szczycie lewym w okresie nacieku serowatego, w szczycie prawym w okresie wytworzenia się jamy. Stosunki anatomiczne jamy dały się bliżéj oznaczyć, albowiem obecność odgłosu metalicznego zgodnie z powszechnie przyjętém zdaniem Wintricha upraw niała do twierdzenia, że średnica jamy wynosi co najmniéj 6 cm., że jama leży blisko powierzchni płuca i że ma ściany gładkie i zbite, zaś podnoszenie się wysokości odgłosu metalicznego w położeniu siedzącém z uwzględnieniem téj okoliczności, że Wintrichowska zmiana w wysokości odgłosu nastawała w obu położeniach, wskazywało (stósownie do znamienia rozpoznawczego kierunku jam płucowych podanego przez Gerhardta a stwierdzonego przez Hobeina, Bussa Sokołowskiego i innych), że jama ma postać jajowatą i że jéj średnica długa bieży prostopadle od góry ku dołowi. Niestosunek między objawami anatomicznemi a klinicznemi suchot płucowych, a mianowicie obecność jamy wielkich rozmiarów w szczycie prawym i nacieku serowatego w szczycie lewym przy braku gorączki, większego kaszlu, obfitszych plwocin, włókien sprężystych w plwocinach i wszelkich objawów podmiotowych, jak duszności i bólu w klatce piersiowéj, pozwalały twierdzić, że suchoty płucowe znajdują się w okresie powstrzymania się w dalszym rozwoju. Obniżenie granic obadwu płuc przy zasłonięciu wielkiéj części przodko-

wéj powierzchni serca .edpowiadało rozedmie płucowéj właściwéj, prawdopodobnie zastępczéj.

Żółtaczka zastoinowa znacznego stopnia z zupełném odbarwieniem kału świadczyła o niedrożności wielkich przewodów żółciowych. Przypady żołądkowe pojawiające się w ostatnich dwóch latach, zupełny brak łaknienia i obłożenie języka grubym mułem obecnie zauważane, jak niemniéj biegunka, która przydarza się w przebiegu żółtaczki zastoinowéj zazwyczaj tylko wtedy, gdy błona śluzowa jelit dotknięta jest sprawą nieżytową, nakazywały rozpoznawać żółtaczkę nieżytową, która powstała skutkiem rozszerzenia się nieżytu żołądkowo-jelitowego na przewody żółciowe, a to tém bardziéj, że w rozpoznaniu ściślejszém wykluczono z większą lub mniejszą pewnością inne rozpoznaniu dostępne przyczyny żółtaczki. Powiększenie i stwardnienie wątroby uważano jako następstwo długotrwałego zastoju żółci. Znaczny upadek odżywienia odniesiono w części do upośledzenia trawienia i przyswajania wywołanego brakiem łaknienia, biegunką, nieżytem żołądkowo-kiszkowym i zniesionym dopływem żółci do dwunastnicy, w części do zmian w mięszaninie krwi wywołanych zmniejszeniem powierzchni oddechowéj w płucach, i niekorzystnym wpływem kwasów żółciowych we krwi krążących na ciałka krwi czerwone. Zbiór ten przyczyn zawisłych tak od saméj żółtaczki, jakotéż od nieżytu przewodu pokarmowego i od upośledzonego mechanizmu oddechowego wydawał się tém ważniejszym ze względu na obecne wyniszczenie ustroju, że dotyczył osoby wiekowéj. Ospałość, apatyję i obniżenie ciepłoty ciała uważano jako objawy zatrucia krwi składnikami żółci *(cholaemia)*. Rozszerzenie prawéj źrenicy, które zauważa się dosyć często w chorobach płuc, gdzie opłucne szczytowe silnie ze sobą zrastają, odniesiono do ucisku na nerw współczulny, jak o tém przy innéj sposobności obszerniéj wspomniemy.

Ze względu na wiek chorego, znaczne wyniszczenie, zupełny brak łaknienia i objawy zatrucia krwi przewidywano niepomyślne zakończenie się choroby. Leczenie skierowano przeciw upadkowi sił i biegunce a to przez podanie wina, środków podniecających i szczmiących.

W dalszym przebiegu powiększała się opuchlina około kostek, odżywienie podupadło coraz bardziéj (w dniu 25/11 chory ważył tylko $48\frac{1}{2}$ kilgm.), żółtaczka zwiększała się a z nią osłabienie i przytępienie świadomości; biegunka trwała bez przerwy, ciepłota ciała była obniżoną, a chory żalił się ciągle na uczucie zimna. W ostatnich dniach mocz i kał odchodził bezwiednie. Wśród tych przypadków chory w dniu 28/11 1877 zakończył życie.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Rydla w Krakowie.

O działaniu ezerynu w jaskrze.

Podał asystent Dr. **Wurst.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

Przypadek trzeci.

Glaucoma inflam. chron. (Colob. Irid. artif. o. d). S. M., lat 74, z Sącza, przyjęta do kliniki okulistycznéj dnia 30 października 1877. Widziała zawsze bardzo dobrze i w dal i w pobliżu; od 20 lat używa okularów do czytania. Przed 14 miesiącami dostała nagle bez wiadoméj przyczyny silnych bólów w prawéj połowie głowy, nie uważała jednak, ażeby się wtenczas wzrok oka prawego pogorszył. Ból prawéj połowy głowy powtarzał się bardzo często, to silniejszy, to słabszy, a na miesiąc przed piérwszym napadem bolu głowy spostrzegała barwne kręgi dokoła światła lampy; wzrok utrzymywał się dobry (?). Dopiéro téj wiosny zaczęła występować mgła, która trwała dzień albo dwa, i znowu ustępowała miejsca dobremu wzrokowi. Najznaczniejsze pogorszenie wzroku wystąpiło w czerwcu b. r. Z końcem sierpnia poddała się irydektomii. Od 2 miesięcy spostrzega barwne kręgi dokoła świecy przed okiem lewém, a od miesiąca gorzéj widzi, szczególnie zasłania jéj od strony nosa.

Napięcie oka lewego bardzo znaczne, nastrzykania rzęskowego niema, przodkowa komórka bardzo płytka, źrenica miernie rozszerzona, nieruchoma, z + 1 D $S = {}^{6}/_{18}$ z + 3 D czyta Nr. 5 J. hebr. Pole widzenia badane perimetrem Förstera wykazuje najznaczniejsze ścieśnienie od strony nosowéj, mierzy w kierunku pionowym 85°, w poziomym 105°.

Wziernik wykazuje w przodkowéj korze soczewki małe sprychowate ściemnienia, zresztą środki łamiące czyste. Tarcza nerwu wzrokowego szaro-różowa, o granicy ostréj, okazuje ekskawacyję, sięgającą do brzegu tarczy tylko od góry, w którym to kierunku jest najgłębszą, płytszą jest od strony wewnętrznéj; od dołu i od zewnątrz leży tarcza na poziomie siatkówki. Obwódki twardówkowéj niema. Naczynia prawidłowe.

Zalecono zakraplanie ezerynu do oka lewego 2 razy dziennie i nazajutrz stwierdzono już prawidłowe napięcie lewéj gałki ocznéj; źrenica zwęziła się *ad minimum*. Poprawy wzroku nie ma.

Do dnia 20 listopada zapuszczano codziennie 2 razy siarkan ezerynu i ucisk śródoczny utrzymywał się ciągle prawidłowym, wzrok nie poprawił się.

Dnia 27 listopada opuściła chora klinikę w stanie następującym: Napięcie gałki lewéj prawidłowe, źrenica prawidłowych rozmiarów. $S = {}^{6}/_{18}$ w pobliżu Nr. 5 J. hebr. Pole widzenia nie rozszerzyło się.

Przypadek czwarty.

Glaucoma simplex o. s. absolut. o. d. J. T., lat 60, izraelita z Sącza, przyjęty do kliniki dnia 20 grudnia 1877 r. Przed 7 laty spostrzegł po raz piérwszy lekkie zamglenie wzroku oka prawego i równoczesne pojawianie się kręgów barwnych koło płomienia świecy; bołów w oku albo głowie, ani téż przypadów zapalnych nie było nigdy. W półtora roku utracił wzrok zupełnie. Od lat 4 spostrzega te same przypady na oku lewém, a wzrok upada coraz bardziéj.

Dnia 27 listopada z. r. przedstawił się w ambulatoryjum klinicznêm i wtedy stwierdzono, że napięcie obu gałek bardzo znaczne, a oko prawe niema poczucia światła. O. l. $S < {}^{6}/_{24}$, w pobliżu z + 3 D Nr. 5 J. hebr. Pole widzenia mierzy w linii pionowéj 55°, w pozioméj 35°.

Od dnia 27 listopada do dnia 20 grudnia zapuszczano do oka lewego ezeryn 2 razy dziennie, a badanie ócz w dniu 20 grudnia dało wynik następujący:

Oko lewe: Napięcie może nieco niższe niż dawniéj, ale wyższe od prawidła. Przodkowa komórka płytka, ciecz wodna czysta, tęczówka rozrzedzona, źrenica wąska. $S < {}^{6}/_{18}$, w pobliżu Nr. 5 J. hebr. Pole widzenia nie rozszerzyło się.

Wziernik wykazuje wybitną jaskrową exkawacyję, grube żyły, a cienkie tętnice; środki łamiące czyste.

Przyjęty do kliniki, jakkolwiek dotychczasowe stósowanie ezerynu nie wydało zadowalających wyników, postanowiono jednakże daléj jeszcze używać przerzeczonego środka. Jakoż od dnia 20 grudnia 1877 do dnia 15 stycznia zakraplano ezeryn codziennie 3 razy do worka spojówkowego, nie osiągnąwszy jednak żadnego skutku.

Ponieważ badanie wzroku, przedsiębrane co dni kilka, wykazało w dn. 17 stycznia zmniejszenie się bystrości wzroku z $^6/_{18}$ na $^6/_{20}$ przystąpił prof. Rydel do irydektomii. W szesnaście dni po operacyi opuścił pacyjent klinikę z $S = ^6/_{24}$.

Przypadek piąty.

Glaucoma inflam. chron. o. d. K. K., lat 58, włościanka ze Skumierny przyjęta na klinikę okulistyczną dnia 4 kwietnia 1877. Na oczy nie chorowała nigdy, widziała zawsze bardzo dobrze i w dal i w pobliżu. Przed 2 miesiącami dostała z niewiadoméj przyczyny silnego bolu w dolnéj połowie głowy; ból ten trwał przez tydzień, poczém spostrzegła mgłę przed okiem prawém, a patrząc na świecę widziała barwne kręgi dokoła płomienia.

Stan oka prawego: Napięcie galki miernie podwyższone, nastrzykanie rzęskowe nieznaczne, powierzchnia rogówki chropawa, rogówka mniéj czuła na dotyk; przodkowa komórka bardzo płytka, źrenica miernie rozszerzona, okrągła, nieruchoma, tęczówka bez połysku. Oko to liczy palce na 2 metry, w pobliżu poznaje Nr. 800 Burchardta. Pole widzenia miernie zwężone we wszystkich kierunkach, najmocniéj od wewnątrz. Wziernikiem badać nie można z przyczyny ścieńnienia rogówki i zamglenia ciałka szklanego. Zalecono zakraplanie ezerynu 2 razy dziennie.

Dnia 6/4 powierzchnia rogówki gładka, źrenica zwęziła się znacznie, napięcie oka znacznie mniejsze, ale jeszcze wyższe od prawidłowego.

Dnia 7/4. Zwężenie źrenicy trwało tylko kilka godzin i ustąpiło miejsca rozszerzeniu; nastrzykanie rzęskowe utrzymuje się, powierzchnia rogówki znowu chropowata, napięcie oka bardzo znaczne; mimo to wzrok poprawił się, i chora liczy palce na 4 mtr. Dalsze wkraplanie ezerynu.

Dnia 10/4. Napięcie gałki obniżyło się, utrzymuje się jednak jeszcze wyżéj prawidła; rogówka gładka, źrenica miernie wąska, oko to liczy palce na 6 mtr. Ciałko szklane oczyściło się nieco, tak, że badanie za pomocą wziernika jest już możebne i wykazuje ekskawacyję, która sięga do granicy tarczy tylko od góry i od zewnątrz, a od wewnątrz i od dołu zajmuje tylko środkową część tarczy.

Dnia 15/4. Ucisk śródoczny wzmógł się znowu bardzo znacznie, źrenica rozszerzyła się, powierzchnia rogówki chropawa. Dziś liczy palce tylko na 4 mtr. Badanie wziernikiem wykazuje tak znaczne zamglenie ciałka szklanego, że o widzeniu dna oka i mowy niema. Zalecono dalsze wkraplanie ezerynu.

Dnia 17/4. Ponieważ powyżéj opisany stan oka utrzymywał się pomimo energicznego zakraplania ezerynu, przystąpiłem do wycięcia tęczówki od góry. Przebieg operacyi i leczenia prawidłowy, a w cztery tygodnie po operacyi opuszcza chora zakład w stanie następującym: Napięcie oka prawego prawidłowe, nastrzykania rzęskowego ani śladu, przodkowa komórka miernie głęboka, w tęczówce od góry szerokie coloboma. $S = ^6/_{24}$. Wziernik: środki łamiące czyste, tarcza nerwu wzrokowego szarawo-blada, wykazuje ekskawacyję tylko od góry i wewnątrz, żyły trochę grubsze, tętnice prawidłowe.

Przypadek szósty.

Glaucoma chron. infl. o. d. S. T., lat 52, szewc z Czernichowa, przyjęty dnia 14 marca 1877 na klinikę okulistyczną. Przed 6 laty stracił wzrok na oku lewém, wnosząc z opowiadania chorego, najprawdopodobniéj z przyczyny jaskry, dziś przedstawia się to oko w postaci nieforemnego kikuta, przesznurowanego przez mięśnie proste. Co do oka prawego, to już od lat pięciu spostrzegał, że osobliwie po zmęczeniu się pracą, albo po większém nieco wysileniu wzroku, okazywały się kręgi barwne dokoła światła, a od czasu do czasu pojawiała się mgła przed tém okiem, która po kilkugodzinném trwaniu zwolna ustępowała. Bolów nie miał ani w oku ani w głowie, przypadków zapalnych nie spostrzegał nigdy. Przed trzema tygodniami dopiéro dostał z niewiadoméj przyczyny (zaziębienia?) bardzo silnych bolów w oku prawém i prawéj połowie głowy i zaniewidział zupełnie. Ból głowy trwał dwie doby, poczém ustał i nie powtórzył się więcéj: wzrok odzyskał w niskim tylko stopniu.

Stan ócz: oko prawe: Napięcie bardzo znaczne, nastrzykanie rzęskowe mierne, żyły przodkowe rzęskowe lekko rozdęte, powierzchnia rogówki chropawa, czułość jéj znacznie upośledzona, źrenica rozszerzone prawie *ad maximum*, nieruchoma; tęczówka pozbawiona połysku, chuda, rysunek jéj niewyraźny, tkanina rozrzedzona. Oko to liczy palce na 1 mtr., a trzymane na zewnątrz na 2 mtr., szkła żadne nie poprawiają, w pobliżu z + 2 D poznaje lit. Nr. 22 J. Pole widzenia bardzo znacznie ścieśnione, najmocniéj od wewnątrz i góry.

Wziernik: W głębi oka nic nie widać, zaledwie oznaczyć można miejsce tarczy, raz z powodu chropowatości powierzchni rogówki, a powtóre z przyczyny obłoczkowatego nalotu w środkowéj części błony Descemeta. Zalecono zakraplanie ezerynu 2 razy dziennie.

Dnia 16/3. Napięcie oka prawego zniżyło się wprawdzie, nie jest jednakże jeszcze prawidłowém; źrenica zwęziła się nieco.

Od dnia 17—25/3 zapuszczano ezeryn 2 razy dziennie; ucisk śródoczny utrzymywał się w granicach napięcia fizyjologicznego, wzrok nie poprawił się.

Dnia 26/3. Ucisk śródoczny miernie podwyższony, zalecono ezeryn co $^1/_2$ godziny.

Dnia 27/3. Oko prawidłowo napięte; z + 2·25 D liczy palce na 5 mtr. z + 4 D czyta Nr. 19 J. Wziernik: środki łamiące czyste; tarcza nerwu wzrokowego szara, ćma, ekskawacyja wybitnie jaskrawa, niezbyt głęboka, najgłębsza od góry; dokoła tarczy szeroka obwódka twardówkowa; żyły grube, tętnice może nieco cieńsze; na granicy tarczy okazują wszystkie naczynia mocne kolankowate zagięcia, tętnienia naczyń niema, na dnie oka zanik barwika naczyniówki.

Dnia 29/3. Napięcie oka mocno wygórowane. Wziernik wykazuje wybitne tętnienie pnia tętniczego dążącego ku górze. Zalecono ezeryn co $^1/_2$ godziny.

Dnia 30/3. Przez całą noc silny ból w oku i prawéj połowie głowy. Napięcie oka bardzo znaczne; nastrzykanie rzęskowe obfite; powierzchnia rogówki chropawa; rogówka nie czuła na dotyk; źrenica rozszerzyła się znacznie: z + 2·50 D liczy palce na $1^1/_2$ mtr., wziernikiem widać zaledwo nie-

wyraźne kontury tarczy. W obec nieskuteczności ezerynu i przyostrego zapalnego napadu wykonano wycięcie tęczówki od góry. Przebieg operacyi prawidłowy.

W 24 dni po operacyi opuścił pacyjent klinikę w następującym stanie: Napięcie oka prawidłowe, nastrzykania rzęskowego ani śladu; blizna po irydektomii okazuje małe torbielowate wydęcie; coloboma w tęczówce szerokie. Badanie wzroku: z + 1·25 D S = $^{6}/_{60}$, z + 2·50 D czyta Nr. 14 J. Obraz wziernikowy dna oka nie zmienił się.

Przypadek siódmy.

Glaucoma inflamat. subacut. o. s. Estera F., lat 42, izraelitka z Książa, zamężna, przyjęta na klinikę okulistyczną d. 9 lutego 1877, straciła wzrok na oku prawém przed 12 laty po zapaleniu, którego przyczyny niezna. Oko lewe służyło jéj zawsze wybornie i nie spostrzegła najmniejszych przypadów chorobowych; przed 6 tygodniami spostrzegła po raz piérwszy tęczowe kręgi dokoła światła świecy; nazajutrz wystąpił silny ból w oku i lewéj połowie głowy, częste wymioty, a wzrok podupadł znacznie; w upośledzeniu wzroku występowały w dalszym przebiegu choroby znaczne wahania, to lepiéj widziała, to gorzéj, mgła z przed oczu nie ustąpiła jednak nigdy zupełnie. Ból głowy i oka utrzymywał się w dość wysokim stopniu przez przeciąg trzech tygodni, obecnie trwa jeszcze w średnim stopniu. Upośledzenie wzroku utrzymuje się w jednej mierze.

Badanie ogólne choréj nie okazuje zboczeń chorobowych.

Badanie ócz: Oko lewe: Napięcie gałki ocznéj bardzo znaczne, nastrzykanie naczyń przodkowych rzęskowych mierne, żyły rzęskowe lekko rozdęte, powierzchnia rogówki gładka, ale czułość jéj zmniejszona; przodkowa komórka płytka, ciecz wodna wydaje się czystą, źrenica miernie rozszerzona, okrągła, nieruchoma, tęczówka bez połysku, z po za źrenicy odblask szaro-zielonawy. Co do wzroku, to badanie wykazuje Em. S = $^{1}/_{10}$ w pobliżu z + 4 D poznaje Nr. 206 Burchardta. Pole widzenia ścieśnione jak zwykle w jaskrze, najznaczniéj od wewnątrz i góry, mierzy w kierunku pionowym 65°, a w poziomym 80°.

Wziernik: Ciałko szklane okazuje dość znaczne jednostajne zamglenie. Tarcza nerwu wzrokowego blado-szara, ekskawacyja wybitnie jaskrowa, głęboka, o ścianach stromych, poczyna się tuż u brzegów tarczy, dokoła tarczy szeroka obwódka twardówkowa; naczynia na granicy tarczy zupełnie poprzerywane, żyły grube, rozdęte, tętnice prawidłowe; na dnie oka zanik barwika naczyniówki. Zalecono zakraplanie ezerynu 3 razy dnia i stwierdzono zaraz nazajutrz znakomite obniżenie ucisku śródocznego; źrenica zwęziła się bardzo znacznie, bóle głowy ustąpiły zupełnie, wzrok nie poprawił się.

Dnia 15/2. Pomimo ciągłego zakraplania ezerynu stwardła dziś gałka oczna, napięcie jéj na granicy pomiędzy fizyjologicznem a chorobowém, z + 1 D S = $^{6}/_{36}$.

Dnia 20/2. Oko prawidłowo miękkie, źrenica wąska, z + 1 D S = $^{6}/_{24}$. Wziernik: ciałko szklane oczyściło się zupełnie, obraz tarczy i dna oka nie zmienił się, tętnienia naczyń niema. Zalecono zakraplanie ezerynu 2 razy dziennie.

Dnia 1/3. Napięcie oka utrzymuje się prawidłowe, źrenica wąska, z + 1 D S = $^{6}/_{24}$, w pobliżu z + 3 D poznaje znaki Nr. 100 Burchardta. Zalecono dalsze zakraplanie ezerynu.

Dnia 6/3. Z + 1 S = prawie $^{6}/_{18}$, zresztą wszystko jak dawniéj.

Dnia 14/3. Od 3 dni utrzymuje się mimo ezerynu znaczne napięcie gałki i wystąpiło mierne nastrzykanie naczyń przodkowych rzęskowych. Bystrość wzroku zmniejszyła się, z + 1 D S = $^{6}/_{24}$, wzrok w pobliżu jak ostatnim razem. Pole widzenia nie rozszerzyło się. Zalecono ezeryn 6 razy dziennie co pół godziny.

Dnia 15/3. Oko zupełnie prawidłowo miękkie z + 1 D S = $^{6}/_{18}$. Ezeryn 2 razy dziennie.

Dnia 25/3. Napięcie oka nieprawidłowo wygórowane, z + 1 D S = $^{6}/_{24}$, zalecono ezeryn 6 razy co pół godz.

Dnia 26/3. Napięcie niższe od prawidłowego. Ezeryn 2 razy dziennie.

Dnia 28/3. Oko prawidłowo napięte; z + 1 D S = $^{6}/_{12}$, w pobliżu z + 3 D poznaje Nr. 50 Burchardta. Zalecono dalsze zakraplanie ezerynem 2 razy dziennie.

Dnia 5/4. Ucisk śródoczny utrzymuje się w granicach fizyjologicznych; źrenica miernie rozszerzona pomimo ezerynu. Chora podaje, że doświadcza w oku uczucia pewnéj niedogody.

Dnia 6/4. W nocy wystąpił silny ból głowy; chora podaje, że gorzéj widzi. Napięcie oka wyższe niż było, ale jeszcze w granicach fizyjologicznych; od strony wewnętrznego kącika wystąpiło dość znaczne nastrzykanie rzęskowe. Z + 1 D S = $^{6}/_{36}$, z + 4 Nr. 300 Burchardta. Wziernik wykazuje lekkie zamglenie ciałka szklanego; obraz tarczy nie zmienił się, tętnienia naczyń niema. Zalecono ezeryn 6 razy co pół godziny.

Dnia 7/4. Ucisk śródoczny prawidłowy, ale nastrzykanie rzęskowe i mierne rozszerzenie źrenicy utrzymuje się; z + 1 D S = prawie $^{6}/_{12}$. Ezeryn 2 razy dziennie.

Dnia 10/4. Oko stwardło znacznie, źrenica rozszerzona; z + 1 D S = $^{6}/_{18}$, w pobliżu z + 4 D Nr. 80 Burch. Pole widzenia o kilka stopni węższe w każdym kierunku. Wziernik wykazuje lekkie zamglenie ciałka szklanego.

W obec tego ciągłego wahania w napięciu gałki ocznéj, pomimo ciągłego i energicznego używania ezerynu, ponieważ dalej w następstwie podwyższonego ucisku śródocznego wystąpiło niezupełne porażenie zdziergacza źrenicy, opierające się już czas dłuższy działaniu ezerynu, ponieważ daléj utrzymywało się mierne nastrzykanie rzęskowe i lekkie zamglenie ciałka szklanego, a bystrość wzroku w miarę obniżenia albo podwyższenia ucisku śródocznego, to wzrastała, to znowu zmniejszała się, a i cierpliwość pacyjentki wyczerpywać się zdawała, postanowiłem przystąpić do operacyi i wykonałem wycięcie szerokiego kawałka tęczówki od góry. Przebieg operacyi prawidłowy, gałka oczna zmiękła. Opatrzenie zwyczajne. O przebiegu gojenia się rany wspomnę, że wszystko odbywało się prawidłowo, a w 15 dni po operacyi opuściła pacyjentka zakład w następującym stanie: Nastrzykania rzęskowego ani śladu, u górnego rąbka rogówki w odległości $1^{1}/_{12}$ mm. linijna gładka blizna, w tęczówce u góry szeroka szczelina, przodkowa komórka miernéj głębokości, napięcie gałki prawidłowe. Z + 1 D S = $^{6}/_{24}$, z + 4 poznaje Nr. 120 Burch. Obraz wziernikowy nie zmieniony, środki łamiące czyste. Pole widzenia dawniejszych rozmiarów.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Listy balneologiczne.

Dra B. Skórczewskiego,
lekarza zdrojowego w Krynicy.

List II.

Zakłady wodolecznicze Königstein nad Renem i Kaltenleutgeben pod Wiedniem — Hydroterapija Winternitza, Mundego — Pinglera hydroterapija ciężarnych i położnic — Blatteisa leczenie w Krynicy wśród ciąży i miesiączkowania — Ogólny pogląd na leczenie kąpielowe podczas miesiączki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10.)

Pingler, właściciel zakładu wodoleczniczego w Königsteinie, obdarzył nas bardzo zajmującą pracą: *Die rationelle Anwendung des kalten und temperirten Wassers bei Schwangern, Kreissenden und Wöchnerinnen, dargestellt nach zahlreichen eigenen Erfahrungen. Giessen 1877*, 8vo str. 102 cena 2,40 m. Materyjał 1000 przypadków obserwowanych przez autora w ciągu 27letniéj praktyki, to wcale okazała cyfra, na któréj opiera swe poglądy. Nie odrzuca przytém prac teoretycznych, których sam nie uskutecznia, ale skwapliwie za niemi śledzi w literaturze, i na ich podstawie wyjaśnia spostrzeżenia.

W piątym okresie porodu używa kąpieli nasiadowéj 8—10° R. przez $1^1/_2$—5 minut z kilkakrotnym natryskiem na okolicę lędźwiową i łonową. Zwykle po pierwszym zaraz natrysku występują silne bóle porodowe, których żadnym innym lekiem w tak krótkim czasie i w takiém natężeniu wywołać nie można. Czynność porodowa rozwija się w całéj pełni tak, że wkrótce wydaloném zostaje łożysko, krwotok ustępuje, macica zwija się zupełnie. Gdyby to zaś w wyjątkowym przypadku za pierwszym razem nie nastąpiło, wtedy po godzinie powtórzyć należy kąpiel nasiadową wraz z natryskiem.

Z powodu znacznéj różnicy ciepłoty wody a ciepłoty ciała wrażenie odebrane przez nerwy czucia musi być bardzo silném, i przenosi się takowe na nerw trzewiowy i na dolną część rdzenia, a z tych ośrodków również silnym będzie refleks w nerwach ruchowych sprawiający, że skurczy się zwiotczała macica i rozszerzone jéj naczynia, przez co wydali się łożysko, a krwotok ustanie. Tym bodźcem sprawi się wzmocnienie mięśni macicy i to nie chwilowo ale stale, gdyż cały ustrój nawet najwięcéj niedokrewny i osłabiony krwotokami orzeźwia się po takiéj kąpieli, cały bieg krwi odbywa się z większą energiją, bo cały układ nerwowy został podnieconym.

W pierwszych okresach porodu w tych przypadkach, gdy ujście maciczne zbyt wolno się otwiera, a to z powodu niedostatecznéj czynności macicy zwłaszcza w jéj atonii, bardzo zaleca używanie kąpieli nasiadowéj 23° R.; gdy zaś sprawa porodu już daléj się posunęła, że niepodobna kąpieli nasiadowéj zastosować, to takową zastępuje nacieraniem zimną wodą lub natryskiem przez minutę na okolicę lędźwiową i łonową.

Zastanawiając się nad rozmaitém leczeniem różnych rodzajów rozpoczynającego się poronienia, w niektórych tylko przypadkach uważa za bardzo dzielny środek kąpiel nasiadową, mianowicie gdy wśród bólów utrata krwi grozi życiu, a gdy mimo tego nie należy tracić nadziei, że powstrzyma się poronienie. Wtedy, lubo nie zawsze, to przecież bardzo często dobry skutek wywiera kąpiel nasiadowa 12° R. przez 5 minut 1—2 razy dziennie i nacieranie zimną wodą piersi, pleców i rąk, co powtarza się późniéj codziennie aż do czasowego porodu. Wyjaśnia to w ten sposób, że macica zostaje pobudzoną do skurczenia się, a równocześnie skurczą się i naczynia, przez co powstrzymuje się krwotok; a wtedy, jeżeli płód jest martwym, chorym lub oddzielonym, to takowy się wydali, jeżeli zaś jest zdrowym, to tym sposobem udaje się powstrzymać nawet już rozwiniętą czynność ronienia przez powstrzymanie krwotoku. Gdy zaś nie ma żadnéj nadziei, aby proces ronienia można wstrzymać, wtedy kąpiel nasiadowa poniżéj 10° R., przyspieszy wydalenie jaja i przeszkodzi krwotokowi.

Przy téj sposobności zastanawia się nad leczeniem przewlocznéj skłonności do poronień, leczeniem białych upławów, zboczeń macicy i zboczeń w miesiączkowaniu, a następnie opisuje leczenie różnych zapaleń u kobiet wśród połogu, przyczém jednak nie ogranicza się do zimnéj wody, ale stosuje ją tylko wtedy, gdy uzasadni jéj wyższość nad leczeniem innemi środkami; najczęściéj zaś łączy jedno z drugiém.

Szczególnego doznaje się wrażenia czytając tę pracę, czuje się bowiem, że człowiek ten w 60tym roku życia wziął pióro do ręki, aby nakreślić swe poglądy starannie zbierane przez długi szereg lat. Tysiące doświadczeń z ulubionym lekiem, zimną wodą, snują się w jego pamięci, jednak lubo nigdy nie doznał zawodu, a niemal zawsze doświadczył dzielnych skutków, to przecież nie chcąc być jednostronnym i obawiając się, aby go nie zdyskredytował zbytniém przecenianiem jego wartości, z krytyką dość surową występuje niekiedy przeciw niemu, oddając w pewnych razach pierwszeństwo lekom aptecznym. Skoro zaś, mimo panujących uprzedzeń, postawi na pierwszym planie leczenie zimną wodą, wtedy nie braknie mu dosadnych dowodów z długoletniéj praktyki lekarskiéj, ale co więcéj uzasadnia swe postępowanie najnowszemi poglądami na działanie bodźców skóry.

Praca ta ma liczne wady, ale niezmiernie podnosi się jéj wartość, skoro się uwzględni tę okoliczność, że pisze ją stary lekarz praktykujący na prowincyi i pracą tą przynosi istotny pożytek nauce lekarskiéj. Przykład godny naśladowania.

Winternitz (*Die Anwendung der Hydrotherapie während des Geburtsaktes. Wiener med. Presse 1877*, Nr. 39) opisując przypadek, w którym przy kilku porodach u téj saméj osoby używał hydroterapii dla pobudzenia czynności porodowéj, i zawsze otrzymywał skutek bardzo pomyślny, przechodzi na tę pracę Pinglera, z któréj przytacza jeden z licznych przypadków, i dziwi się śmiałości w postępowaniu; przy czém wyraża się o téj pracy w sposób, jak gdyby go gniewało, że ktoś inny odważył się na tém polu w jakiejś gałęzi obszerniéj pracować. Na to odpowiada Pingler w Nrze 49 i 50 tegoż tygodnika w sposób bardzo poważny, i przytacza kilka innych porodów w jeszcze gorszych, groźniejszych warunkach w ten sposób leczonych ze skutkiem pomyślnym.

Na każdym kroku widzimy w historyi medycyny, że lekarze zwykle z jednéj ostateczności popadali w drugą, a z tego dopiero wywiązywały się pośrednie, uzasadnione teoryje co do szczególnych kwestyj spornych. Podobną koléj przechodzi leczenie w czasie miesiączkowania; przez długie wieki całkiem powstrzymywano się od wszelkiego rodzaju leczenia, w ostatnich znowu czasach wśród leczenia wcale nie zwracano uwagi na miesiączkę do tego stopnia, że przed dwoma laty orzeczono, iż wśród miesiączki nie należy przerywać leczenia kąpielowego. Czy to jest słusznèm? Mnie się

ZDANIE SPRAWY
z czynności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w roku 1877.

I.

Zdanie sprawy ogólne

przez

Docenta Dra **Stanisława Pareńskiego**, sekretarza stałego.

Śledząc rozwijanie się i stan Tow. lek. krak. od czasu jego założenia i porównywając różne lata jego istnienia ze sobą z radością możemy wyrzec, że czém dłużéj Towarzystwo to istnieje, tém silniejsze rozwija się w niem życie, tém większą widać troskliwość o jego los i tém powszechniejsze usiłowania, aby cel, jaki sobie Towarzystwo nasze wytknęło, był w zupełności osiągniętym.

Dwunasty rok istnienia Towarzystwa nie tylko że nie ostudził zapału w członkach, ale owszem doborem materyjału do posiedzeń naukowych, powstaniem komisyi balneologicznéj prócz już istniejących terminologicznéj, sprawozdawczéj i hygijenicznéj udowodnił, że Towarzystwo coraz więcéj się utrwala, silniejszych nabiera podstaw i staje się niezbędnym organem wiążącym swych uczestników ku wspólnemu celowi. Dwunasty rok istnienia Towarzystwa należy téż do najlepszych tak pod względem liczby członków jak i ich udziału w pracach Towarzystwa.

Życie rozbudzone w czasach prezesowstwa Prof Dra Korczyńskiego rozwijało się dalej w ciągu bieżącego roku pod kierunkiem obecnego prezesa Docenta Dra Domańskiego, który z naśladowania godném przejęciem się i gorliwością już to sam dostarczał materyału do posiedzeń naukowych, już to namową i zachęcaniem pobudzał innych do brania udziału bądź to w rozprawach ustnych bądź téż w dostarczaniu prac do Przeglądu lekarskiego.

Posiedzenia Towarzystwa odbywały się zawsze przy bardzo licznym udziale członków. Odbyło ich się 19 a przedmiotem ich było przedstawianie rzadszych i ciekawych przypadków chorobowych, odczytywanie rozpraw naukowych samodzielnych lub mających na celu obznajmienie z postępem nauki w różnych jéj gałęziach i ocen dzieł najnowszych: przedstawianie niezwykłych okazów patologiczno-anatomicznych, najnowszych narzędzi lekarskich i chirurgicznych, podawanie kazuistyki z zakresu medycyny praktycznéj i sądowéj; prócz tego na tych samych posiedzeniach załatwiono wiele spraw administracyjnych.

Ogólna liczba członków doszła z końcem 1877 r. do liczby 257; między tymi było 8 honorowych, 70 czynnych, 176 korespondentów i 3 przybranych. Członków nowoprzybyłych w ciągu tegoż roku było 42 a z nich 11 czynnych a 31 korespondentów.

Z pomiędzy członków ubył w ciągu ubiegłego roku jeden, który sam wystąpił z Towarzystwa a 3 wyrwała śmierć a mianowicie: Kol. Dra Oszackiego Jana, lekarza hrabstwa Tenczyńskiego w Krzeszowicach, Dra Izydora Pfaua, lekarza powiatowego w Zaleszczykach i Dra. Juliusza Zawilskiego, Docenta prywatnego fizyologii w Uniw. Jagiellońskim i Zastępcę Profesora patologii ogólnéj.

Prócz czynności Towarzystwa w całości działały osobno wyznaczone z łona Towarzystwa komisyje: redakcyjna Przeglądu lekarskiego, terminologiczna, sprawozdawcza, hygijeniczna i balneologiczna.

Ponieważ sprawozdania z czynności tych komisyj następują poniżéj, poprzestanę przeto tylko na określeniu celu komisyj w r. 1877 utworzonych.

Komisyja terminologiczna mająca na celu ustalenie słownictwa lekarskiego polskiego nie zaprzestała swych czynności z wydaniem uzupełnienia słownika wyrazów lekarskich Prof. Dra Skobla i Dra Aleksandra Kremera, lecz pracowała daléj nad wydaniem obszernego słownika wyrazów lekarskich.

Komisyja balneologiczna miała za zadanie *a)* badanie umiejętne w zakresie balneologii i klimatologii krajowéj według programu prac ułożonego przez Dra Lutostańskiego dla b. Komisyi balneologicznéj w Akademii Umiejętności z uwzględnieniem hydrologii krajowéj, *b)* popieranie rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, *c)* zaznajamianie się z postępami balneologii, klimatologii i hydrologii.

Organem Towarzystwa był jak i poprzednio Przegląd lekarski.

Wybór i rozmaitość artykułów oryginalnych, obfitość wyciągów z obcych czasopismów lekarskich i wczesne ich umieszczanie podniosły znacznie wartość naukową Przeglądu lekarskiego a zwiększenie się liczby prenumeratorów dowodzi, iż ogół uznaje starania Redakcyi. Organem swym może téż poszczycić się nasze Towarzystwo a zasługę tego przypisać należy przeważnie energii i staranności głównego redaktora Przeglądu Prof. Dra Blumenstoka i gorliwości zwiększającego się coraz bardziéj grona Współpracowników.

W ciągu zeszłego roku został odznaczonym członek honorowy naszego Towarzystwa Prof. Dr. Józef Majer, Prezes Akademii Umiejętności, krzyżem komandorskim orderu Franciszka Józefa, przy sposobności przeniesienia go w stały stan spoczynku z posady profesora fizyologii w Uniw. Jagiell. Towarzystwo lek. krak. chcąc także wziąć udział w rozlicznych oznakach czci zewsząd Jubilatowi składanych wydało swoim nakładem Jego portret litografowany i jeden egzemplarz umieściło w sali posiedzeń Towarzystwa.

Delegatem Towarzystwa do Komisyi sanitarnéj Rady miejskiéj krakowskiéj był w roku 1877 Prof. Dr. Janikowski.

II.

Zdanie sprawy z czynności naukowych

ułożone przez

Dra Mieczysława Dembowskiego, Sekretarza dorocznego.

Wywięzując się z ostatniéj czynności należącéj do obowiązków sekretarza dorocznego chcę uwidocznić działalność

naukową w roku ubiegłym przechodząc pokrótce prace w Towarzystwie przedstawione.

Liczba czynnych współpracowników, którzy chętnie dzielili się z całém Towarzystwem jużto doświadczeniami własnemi na polu naukowém, jużto spostrzeżeniami z praktyki prywatnéj i szpitalnéj, przedstawianiem chorych i nowszych narzędzi i przyrządów i t. p. w tym roku doszła znacznéj stosunkowo liczby. Pocieszającą nowość zarazem naznaczam, iż Koledzy zamiejscowi brali coraz większy udział w spólnéj pracy.

Materyał naukowy, którym Towarzystwo rozporządzało, był obfitym tak co do ilości jak i jakości, tak iż żadne posiedzenie nie odbyło się bez korzyści dla obecnych.

Prace i spostrzeżenia oryginalne.

a) Z medycyny wewnętrznéj. 1) Kol. Kremer podał spostrzegany przez siebie przypadek odry z zapaleniem płuc. 2) Kol. Skórczewski odczytał o zachowaniu się śledziony pod wpływem prądu elektrycznego. 3) Kol. Humiecki odczytał swoje zapatrywania na obrzęk śledziony i ocenienie środków takową kurczących: 4) Kol. Jodłowski przedstawił chorego z stwardnieniem wysepkowém mózgu i rdzenia pacierzowego. 5) Kol. Warschauer przedstawił chorego z bólem nerwowym dolnoszczękowym.

b) Z Chirurgii. 1) Kol. Obtułowicz przedstawił chorego z przepukliną żołądkową powstałą skutkiem postrzału. 2) Tenże przedstawił chorego z przetoką nérkową. 3) Kol. Obaliński przedstawił 2 chore po wykonaniu u nich naciągnienia nerwów.

c) Z Położnictwa. 1) Kol. Wilkosz odczytał o zachowaniu się szyi macicznéj i macicy w czasie porodu i ciąży. 2) Kol. Jordan przedstawił przypadek ciąży bliźniaczéj, gdzie jeden płód przeobraził się w zaśniad groniasty. 3) Kol. Bylicki odczytał o wymóżdżeniu przy zwężeniu miednicy w wymiarze prostym. 4) Tenże okazał zaśniad i opisał sposób powstawania tegoż. 5) Tenże odczytał i objaśnił sposób powstawania więzów Simonarta.

d) Z Ginekologii. 1) Kol. Rybczyński odczytał o przedwczesném miesiączkowaniu.

e) Z Okulistyki. Kol. Wurst przedstawił chorą z wrodzonym brakiem obu tęczówek. 2) Tenże odczytał uwagi nad zastoinowém obrzmieniem tarczy nerwu wzrokowego. 3) Tenże odczytał o używaniu strychninu w chorobach ocznych.

f) Z Medycyny sądowéj. 1) Kol. Prof. Blumenstok odczytał: Spostrzeżenia swe na zwłokach zwęglonych. 2) Tenże odczytał o próbie usznéj. 3) Tenże podał przypadek sądowo lékarski tyczący się afazyi.

g) Z Dermatologii. 1) Kol. Docent. Pareński przedstawił chorego z wielkiem stopniem łuszczycy. 2) Kol. Obtułowicz przedstawił chorego z rumieniem wypocinowym.

h) Z Pedyatryi. 1) Kol. Wiszniewski odczytał o leczeniu błonicy. 2) Kol. Kwaśnicki odczytał o karmieniu osesków.

i) Z chorób krtani. 1) Kol. Prof. Korczyński przedstawił chorą cierpiącą na „Ozaena laryngo trachealis."

k) Z Hygieny. 1) Kol. Buszek podał sposób badania wody podany przez Behra. 2) Kol. Lutostański odczytał o żywieniu chorych.

l) Z Toksykologii. 1) Kol. Buszek opowiedział przypadek zatrucia atramentem anilinowym. 2) Kol. Dobrowolski opowiedział o otruciu kwasem arsenawym zawartym w syrupie używanym do przyprawy wody sodowéj.

m) Z anatomii patologicznéj. 1) Kol. Browicz przedstawił okazy braku częściowego mózgu. 2) Tenże okazał i opisał czaszkę i mózg chłopca cierpiącego na padaczkę. 3) Tenże przedstawił i mikroskopem objaśnił 3 wyroby anatomiczne tj. mięsak nérki, torbielowe zwyrodnienie nérek i zwężenie cewki moczowéj. 4) Tenże okazał komórki olbrzymie w kilakach. 5) Tenże przedstawił mózg dziecięcia z brakiem spoidła, płatu skroniowego prawego i licznemi wsporniakami. 6) Tenże mówił o zmianach nérek w zapaleniu miąższowém ostrém. 7) Kol. Ponikło odczytał o zmianach anatomicznych nerwu współczulnego w cukrzycy. 8) Tenże okazał i opisał włókniak zropiały macicy.

n) Z anatomii porównawczéj. 1) Kol. Skórczewski okazał ząb mamuta i zastanawiał się nad jego budową, względnie nad różnicą między budową zęba ludzkiego a tegoż.

o) Z Farmakologii. 1) Kol. Bylicki przedstawił nowy preparat ergotyny.

p) Analecta i Oceny. 1) Kol. Prof. Blumenstok podał ocenę dotychczasowych sposobów używanych przy dochodzeniu plemników nasiennych w wypadkach sądowo-lekarskich. 2) Tenże ocenił broszurę Dra Gellégo co do badania bystrości słuchowéj. 3) Kol. Bylicki odczytał sprawozdanie ze zjazdu ginekologów w Mnichowie. 4) Kol. Kwaśnicki odczytał pogląd na niektóre twierdzenia Charcota tyczące się chorób wątroby.

r) Z Weterynaryi. Kol. Pacuła odczytał o skamieniałościach i kamieniach w ustroju zwierzęcym.

s) Narzędzia. 1) Kol. Doc. Goebel okazał i ocenił skuteczność przyrządu indukcyjnego w celu wydobywania zębów sposobem bezbolesnym. 2) Kol. Kwaśnicki opisał i podał sposób użycia żegadła Gastona Plantégo, termokauterium Paquelina oraz przyrząd do leczenia zapalenia stawu biodrowego le Forta. 3) Kol. Doc. Domański objaśnił zastósowanie dynamometru do praktyki lekarskiéj.

III.

Sprawozdanie podskarbiego

z obrotu funduszów w r. 1877

A. Dochód

		złr.	kr.
1.	Składki kwartalne zaległe	143	77.
2.	„ „ bieżące	654	20.
3.	Odsetki od kapitału	66	53.
4.	Składki wstępne zaległe	97	30.
5.	„ „ bieżące	165	70.
6.	Dochód ze sprawozd. do rocz. Virchowa . . .	55	79.
7.	Zwrot reszty pożyczki słownik.	30	—
8.	Czysty dochód z wyd. słown.	5	34.
	Razem	1218	63

B. Rozchód

1.	Prenumerata Przeglądu za członków czynnych	414	—
2.	Wydatki kancelaryjne	24	4
3.	Portoryja	12	70
4.	Służba	22	—
5.	Dary dla innych Towarzystw lub osób zasłużonych	27	70
6.	Zapomoga dla Przeglądu lekarskiego	150	—
7.	Pożyczka dla fund. portr. Prof. Skobla	120	—
8.	Pożyczka dla fund. portr. Prof. Majera	120	—
9.	Stenograf	24	—
10.	Wydatki na komisyją balneologiczną	45	20.
11.	„ „ „ sprawozdawczą	32	87.
12.	„ „ „ hygieniczną	7	70.
13.	„ „ „ terminologiczną	18	52.
14.	Druki dla Tow. Lek. krak.	12	30.
15.	Prenumerata Gaz. Lek. z Bibl. Um. Lek.	20	80.
	Razem	1051	83.

Bilans.

Dochód w r. 1877	1218 fl. 63.
Rozchód „ „ „	1051 fl. 83.
Pozostałość z roku 1877	166 fl. 80.

Majątek z końcem 1877 r.

1. Sześć listów zast. 6% galic. zakładu kredytowego ziems. każdy po 100 fl. — zakupione za 561 fl. z kup. 1/5.
2. Gotówką: *a)* pozostałość z r. 1876. . . . . 675 fl. 40.
   b) pozostałość z r. 1877. . . . . 166 fl. 80.
   ogółem: 842 fl. 20.
3. W zaległościach . . . . 665 fl. 97.
4. W pożyczkach na fund. portr. . . . . 240 fl. —
5. Reszta słowników i portretów. . . . . — —

Dr. Alfred Obaliński
podskarbi Tow. lek. krak.

IV.

Zdanie sprawy

z czynności Komisyi balneologicznéj.

Komisyja balneologiczna pragnąc dla prac swoich zapewnić powszechny udział postanowiła starać się o zawiązanie stosunków z osobami pracującemi na polu hidrologii i klimatologii, z przyrodnikami, oraz z osobami, zajmującemi się naukami technicznemi, w ścisłym pozostającemi związku z urządzeniami balneotechnicznemi. Nadto z uwagi, że sprawy wzrostu i rozwoju Zakładów zdrojowo-kąpielnych wchodzą często w zakres administracyji lub ustawodawstwa, wypadało wejść także w stosunki z prawnikami i przedstawicielami urzędów publicznych. W tym celu zgodzono się zaprosić osoby tego rodzaju z poza Towarzystwa lekarskiego na członków przybranych.

Wreszcie sama natura rzeczy wskazywała Komisyji potrzebę wzmocnienia sił swoich przez zaproszenie na członków zamiejscowych lekarzy zdrojowych, lekarzy najznakomitszych w kraju i innych prowincyjach polskich, właścicieli zdrojowisk, tudzież w ogóle osób, które lubo nie zajmują się specyjalnie hidrologiją, klimatologiją, lub naukami z niemi pokrewnemi, mogą jednak stać się niezmiernie pożytecznemi dla rozwoju prac Komisyji balneologicznéj.

Tym sposobem zalicza obecnie Komisyja do swego grona: członków miejscowych czynnych 34, członków zamiejscowych 13 i członków przybranych 24, razem członków 71.

Komisyja w takim składzie odbyła w ciągu ubiegłego roku posiedzeń zwyczajnych 11; Wydział zaś komisyji posiedzeń 4. Prócz tego liczne komitety, które dokonywały ważniejszych czynności, wymagających zbiorowéj pracy, oraz przedstawiały wnioski pod zatwierdzenia komisyji, odbyły posiedzeń 12.

Komisyja przeto balneologiczna, pomna na ważne swe zadania, w szczeréj chęci stanowczego przyczynienia się do podniesienia ojczystych zdrojowisk i uzdrowisk, tych źródeł podwójnéj, nieocenionéj korzyści zdrowia i bogactwa, rozwijała swą działalność w trzech kierunkach: umiejętnym, administracyjnym i spółeczno-ekonomicznym.

Ogłoszone drukiem Rozprawy i Sprawozdania z Posiedzeń Kom. balneol. w r. 1877 dają szczegółowy obraz czynności Komisyji dokonanych w roku ubiegłym.

Tutaj nadmienić wypada, że najważniejszą czynnością w kierunku spółeczno-ekonomicznym było urządzenie staraniem Komisyji wystawy zdrojowéj na Wystawie przemysłowo-rolniczéj we Lwowie. Że usiłowania Komisyji w tym kierunku były skuteczne, wskazują pochlebne wzmianki o jéj pracach w pismach publicznych zamieszczone, tudzież dyplom honorowy, przyznany Komisyji balneologicznéj za pracę zbiorową przez grono sędziów wyznaczonych do jéj ocenienia.

Już to samo wskazuje, że Komisyja balneologiczna, mając na celu nietylko ścisłe umiejętne badanie ale i użyteczne tychże zastósowanie, wyłamała się z ciasnych granic teoryji, a spajając w jedno ciało uczonych różnego rodzaju, reprezentantów różnych odłamów wiedzy ludzkiéj, stanęła na żyznéj glebie praktycznych dążności.

W ogóle odczytano rozpraw 15, referatów 30 i uczyniono motywowanych wniosków 31.

Biuro Komisyji otrzymało odezw i pism rozmaitych 158, wysłało zaś pism i odezw 332.

Księgozbiór Komisyji balneologicznéj, liczy obecnie dzieł większych 43 w tomach 51, broszur i dzieł mniejszych 254 w zeszytach 260. Razem tomów 51 i zeszytów 260.

Prócz księgozbioru Komisyja balneologiczna postanowiła założyć Muzeum balneologiczne, które początek swój zawdzięcza głównie ofiarności właścicieli zdrojowisk krajowych. Obecnie w muzeum znajdują się 82 przedmioty.

Dr. Lutostański
sekretarz Komisyi baln.

V.

Sprawozdanie z czynności Sekcyi higijenicznéj.

Do uczestnictwa w czynnościach Sekcyi higijenicznéj w r. 1877 zapisało się 34 Członków czynnych Towarzystwa lek. krak. Z tych wyjechało z Krakowa 2 członków, z pozostałych zaś 32 brało udział w posiedzeniach Sekcyi 21.

Nadto Sekcyja zaprosiła do uczestniczenia w swych zajęciach kilkunastu członków z poza grona Towarzystwa, poświęcających się jużto policyi lekarskiéj praktycznéj, jużto administracyi, chemii, budownictwu i inżynieryi.

Obowiązki przewodniczącego pełnił podpisany; Sekretarza zaś z początku, t. j. na dwóch 1szych posiedzeniach Kol. Buszek; gdy atoli ważne obowiązki urzędowe nie dozwoliły mu przybywać na następne 4 posiedzenia, Sekcyja radziła sobie, jak mogła: protokóły spisywali uproszeni koledzy, mianowicie Koll. Grabowski Kaźm. i Skórczewski albo czasami i sam przewodniczący.

Przedmiotem zajęć Sekcyi były jużto obszerniejsze wypracowania na piśmie, jużto zwięźlejsze uwagi ustne, odnoszące się przeważnie do potrzeb m. Krakowa; w szczególności zaś

I. Kol. Buszek mówił:

1. O mieszkaniach stróżów w domach krakowskich;

II. Kol. Grabowski Kaźm.

2. O różnych sposobach usuwania odchodów z miast;

III. Kol. Hoff Bogdan

3. O oddychadłach zabezpieczających od powietrza zepsutego i
4. O szkodliwéj polewie garnków;

IV. Kol. Lutostański Bol.

5. O przewietrzaniu mieszkań prywatnych z uwzględnieniem potrzeb chorych i lekarzy praktycznych (z doświadczeniami co do oznaczania ilości kw. węglowego w powietrzu sposobem t. zw. minimetrycznym);
6. O programie higijenicznym budowy Zakładu dla starców, kalek i sierót pod opieką Towarzystwa Dobrocz. zostających.
7. Wyniki badań statystycznych nad stosunkami klimatycznemi m. Krakowa.

V. Kol. Zarewicz Aleksander

8. O niedostatkach higijen. aresztów miejskich.

VI. Nareszcie Przewodniczący:

9. Sprawozdanie z wystawy higijenicznéj brukselskiéj w ogólności;
10. O moczeniu lnu i konopi pod względem higijenicznym;
11. Uwagi sanitarne o szkole miejskiej przy ul. św. Scholastyki; — również
12. O niektórych postępach higijeny przemysłowéj.

Z powyższego krótkiego przeglądu okazuje się, że Sekcyja wedle sił starała się spełniać swe zadanie, jakiém jest roztrząsanie pytań higijenicznych tyczących się potrzeb krajowych, a w szczególności miasta naszego. Wyniki jéj pracy były wprawdzie nader skromne, co ztąd pochodzi, że udział Członków Towarzystwa lek. w czynnościach téjże nie był tak ożywiony, jakby tego życzyć wypadało. Pomimo to jednakże mam to przekonanie, że Sekcyja ma warunki żywotności, że się stopniowo z korzyścią dla Towarzystwa i dla miasta naszego rozwinąć może.

Dr. Janikowski
Przewodniczący Sekcyi higijen.

VI.

Sprawozdanie Komisyi terminologicznéj.

Komisyja terminologiczna, złożona z Koll. Kremera, Oettingera i podpisanego przy współudziale Prof. Dra J. Majera, Prezesa Akademii Umiejętności, miała sobie poruczone zadanie przygotowywania nowéj edycyi Słownika łacińsko-polskiego (jakotéż niemiecko- i francusko-polskiego) wyrazów lekarskich wydanego w r. 1868 przez Prof. Skobla Dra Kremera.

Komisyja odbyła w r. z. 26 posiedzeń, na których zastanawiała się nad 1746 wyrazami, z których mianowicie było z zakresu historyi naturalnéj 14, z chemii i fizyki 156, z anatomii i fizyologii 241, z patologii, terapii, anatomii patologicznéj, farmacyi i farmakologii 621, z chirurgii 183, z położnictwa i chorób kobiecych 65, z okulistyki 31, z medycyny sądowéj, psychijatryi i toksykologii 135, z higijeny i nauk pomocniczych 274, wreszcie z weterynaryi 26.

Wyrazy, nad któremi się zastanawialiśmy, z trojakiego pochodziły źródła, mianowicie:

a) 658 różnemi czasy zebrał sekretarz komisyi;

b) 698 zaczerpnęliśmy ze Słownika Littrégo i Robina (Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie etc. 14me édition. Paris, J. B. Baillière et fils. 1878. w 8-ce słownik., str. 1880);

c) Nareszcie 390 wyrazów, lub wątku do tychże dostarczyli nam łaskawi współpracownicy, którzy się do nas zgłosili z uwagami, zapytaniami, lub żądaniami przekładu wyrazów jeszcze nie spolszczonych. Takimi mianowicie byli:

Prezes Dr. Majer, który nam udzielił na piśmie uwag o 90 wyrazach, Dr. Goldhaber co do 39 wyrazów, Dr. Świërz ze Skawiny co do 154 wyrazów, Dr. Widman ze Lwowa co do 21 wyrazów. Dr. Jerzykowski z Poznania co do 74 wyrazów i Dr. Rydygier z Gryfii co do 12 wyrazów.

Co się tyczy Słownika Littrégo i Robina, to przeszliśmy w nim dotychczas, w ciągu 11 posiedzeń, litery A, B, C, D, E i F. Wnosząc z tego możemy oświadczyć, że, jeżeli nieprzewidziane nie zajdą przeszkody, według wszelkiego prawdopodobieństwa będziemy mogli w ciągu roku 1878 ukończyć pracę około 2giéj edycyi Słownika.

Dr. Janikowski
Sekretarz Komisyi terminolog.

VII.

Sprawozdanie Delegata Tow. lek. krak.

z czynności Komisyji sanitarnéj krakowskiéj w roku 1877

Zaszczycony na jednem z ostatnich zeszłorocznych posiedzeń Towarzystwa ponownym wyborem na Delegata do Komisyi sanitarnéj miejskiéj, poczytuję sobie za obowiązek zdać Szanownym Kolegom choć w krótkich słowach sprawę z czynności téjże Komisyi w r. 1877 i ze swego w tychże czynnościach udziału.

Naprzód co do liczby posiedzeń, nie wiele większą poszczycić się mogła w r. z. Komisyja sanitarna miejska od naszéj skromnéj Sekcyi higijenicznéj: albowiem wszystkich posiedzeń tak zwyczajnych, jak nadzwyczajnych odbyło się tylko 7. Pochodzi to ztąd, że posiedzenia te zaczęły się dopiero w m. Lutym, zakończyły się zaś w Październiku i że prócz tego nie w każdym miesiącu zwoływane były przepisane regulaminem posiedzenia zwykłe; lubo przyznać trzeba, że w niektórych miesiącach było po dwa posiedzenia, mianowicie w Maju i w Czerwcu.

Co się tyczy zajęć Komisyi, nie mam zamiaru szczegółowo wyliczać je wszystkie. Nadmienię tylko, że jedną z najważniejszych spraw w Komisyi wniesionych, która aż trzy posiedzenia zajęła, było obmyślanie środków przedsiębrać się mających z powodu małéj epidemii duru wysypkowego w tu-

tejszém więzieniu karném, w którymto przedmiocie główny referat wypracował członek naszego Towarzystwa, Kol. Korczyński. Prócz tego, dwa ważniejsze sprawozdania przedstawione téjże Komisyi i przez nią uchwalone tyczyły się obowiązku lekarzy praktycznych w naszém mieście donoszenia Magistratowi o osobach chorujących na choroby zaraźliwe ostre; jakoteż rekursu właścicielów realności położonych w Krakowie nad Rudawą w przedmiocie odprowadzania szluz wychodkowych do téj rzéki. Szanownym Kolegom przyjemnie zapewne będzie powziąć wiadomość, że i te dwa referaty opracowane były przez członka Towarzystwa naszego, Kol. Lutostańskiego. Przy téj sposobności za obowiązek poczytuję sobie jeszcze nadmienić, że temuż Koledze Lutostańskiemu zawdzięcza Komisyja sanitarna pracę w tych dwóch latach zdaniem mojém najważniejszą, a mianowicie że zaprowadził zbieranie statystyki śmiertelności w tutejszém mieście.

Pod względem poszukiwań chemiczno-sanitarnych, przedsięwziętych w łonie Komisyi, Prof. Stopczański uskutecznił rozbiór wody dobywanéj na próbę w różnych głębokościach na placu na przeciwko rzeźni miejskiéj.

Nareszcie co się tyczy mego udziału w czynnościach Komisyi sanitarnéj, to główném mém wypracowaniem w r. z. było sprawozdanie, pod przewodnictwem Fizyka miejskiego Dra Mohra i Kolegów Buszka i Lutostańskiego, o projekcie ustawy budowniczéj dla m. Krakowa. Na sprawozdaniu tém, które nam w podkomisyi kilka posiedzeń czasu zajęło, okazało się, jak mało Rada miejska, a przynajmniéj wyznaczona przez nią Komisyja techniczna, uwzględniła uwagi Komisyi sanitarnéj: albowiem z kilkudziesięciu wniesionych przez nas ze stanowiska zdrowotnego poprawek zaledwo kilka podrzędnych przyjęto, resztę zaś bezwzględnie odrzucono. Inne jeszcze czynności, w których brał udział Delegat Szan. Tow. były podrzędnego znaczenia; o jednéj z nich, t. j. o ocenieniu planu projektowanego wychodka publicznego przy ulicy Poselskiéj dla tego tylko wspominam, ponieważ osobna ta sprawa jest także przykładem, jak mało czasami opinije Komisyi sanitarnéj są uwzględniane: Sprawozdanie w tym przedmiocie złożone było w Komisyi w połowie Maja r. z. z małemi ulepszeniami i z wyrażeniem życzenia, żeby budowa ta wkrótce była uskutecznioną; tymczasem minęło przeszło 7 miesięcy, a do budowy wcale się nie zabrano.

Z powyższego krótkiego przeglądu okazuje się:

1) Że w czynnościach Komisyi sanitarnéj w r. z. daje się dostrzedz pewne zwolnienie. Liczba ważniejszych wypracowań nie była znaczna i w ogóle Komisyja nie tak często się zbierała, jak tego wymaga jéj regulamin. Z tego to powodu zapewne, zwłaszcza gdy w dwóch ostatnich miesiącach nie było ani jednego posiedzenia Komisyi, niektóre sprawy (jak np. rzecz o aresztach miejskich, o szkole realnéj, o instrukcyjach dla służby sanitarnéj miejskiéj i sprawa wodociągów) utonęły chwilowo w podkomisyjach, z których dopiero w r. b., spodziewać się należy, napowrót wypłyną na stół Komisyi.

2) Że opinije Komisyi sanitarnéj nie zawsze należycie były uwzględniane.

Nie idzie wszelako za tém, żeby w przesadnym pesymizmie ztąd wnioskować, że Komisyja sanitarna jest w ogóle nieużyteczna i że udziału w niéj brać nie warto. Sądzę tylko, że niedostatki, które w niniejszém z lekka wytknąłem, są dla Członków téjże, a w szczególności dla mnie, którego Sz. Koledzy przed tém zdaniem sprawy zaszczycili jeszcze na rok swém zaufaniem, dostateczną wskazówką, w jakim kierunku wytrwała praca z naszéj strony jest pożądaną dla téj instytucyi.

Dr. Janikowski
Delegat Tow. lek. krak. do Komisyi sanit.

Skład Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

w dniu 31 Grudnia 1877 r.

I.

Prezes: Dr. Stanisław Domański, Docent w Uniw. Jag.
Wiceprezes: Dr. Władysław Ściborowski.
Sekretarz stały: Dr. Stanisław Pareński, Docent w Uniw. Jag.
Podskarbi: Dr. Alfred Obaliński.
Bibliotekarz: Dr. Władysław Bylicki.
Sekretarz doroczny: Dr. Mieczysław Dembowski.

II.

Komisya balneologiczna:

Przewodniczący: Dr. Edward Korczyński, Prof. Uniw. Jag.
Zastępca przewodn: Dr. Gustaw Piotrowski, Prof. Uniw. Jag.
Sekretarz: Dr. Bolesław Lutostański.
Bibliotekarz: Dr. Bolesław Skórczewski.

Członkowie wydziału: Dr. Izydor Kopernicki.
Dr. Ferdynand Weigel,
Dr. Michał Zieleniewski.
Dr. Teofil Żebrawski inżynier.

Członkowie:

a) zwyczajni

Dr. A. Biesiadecki, c. k. protomedyk we Lwowie.
Dr. J. Blatteis, lekarz zdrojowy w Krynicy.
Dr. H. Blumenfeld w Badenie pod Wiedniem
Dr. J. Buszek w Krakowie.
Dr. W. Bylicki w Krakowie
Dr. E. Czyrniański Prof. Uniw. Jagiel. w Krakowie
Dr. A. Czyżewicz we Lwowie.
Dr. M. Dembowski w Krakowie.

Dr. K. Dębicki, lekarz zdrojowy w Iwoniczu.
Dr. M. Dobrowolski lek. zdroj. w Krynicy.
Dr. S. Domański Doc. w Uniw. Jagiel. w Krakowie.
Dr. J. Drobner w Krakowie.
Dr. L. Ganczarski w Zakopaném.
Dr. K. Grabowski Doc. w Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dr. J. Harajewicz, Dyrektor Szpitali w Krakowie.
Dr. S. Janikowski Prof. Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dr. Jendl lekarz salin w Drohobyczy.
Dr. H. Jordan w Krakowie.
Dr. M. Kaufmann lek. zakładu w Jaworzu.
Dr. A. Kremer w Krakowie.
Dr. W. Krongold w Krakowie.
Dr. A. Kwaśnicki w Krakowie.
Dr. A. Lehmann w Tarnowie.
Dr. Lustgarten w Krakowie.
Dr. T. Majewski w Krakowie.
Dr. A. Obaliński "
Dr. F. Obtułowicz "
Dr. S. Pareński Doc. w Uniw. Jagiel. w Krakowie.
Dr. T. Pawlas w Krakowie.
Dr. J. Riedmüller w Krakowie.
Dr. H. Rychlicki w Jaworznie.
Dr. T. Szczepański lekarz zdrojowy w Żegiestowie.
Dr. S. Skobel w Krakowie.
Dr. J. Szewczyk w Krakowie.
Dr. O. Trembecki w Szczawnicy.
Dr. J. Warszauer w Krakowie.
Dr. L. Wiszniewski "
Dr. A. Zarewicz "
Dr. J. Zduń lekarz zdrojowy w Krynicy.

b) nadzwyczajni:

Dr. A. Alth Prof. w Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dr. Bandrowski emeryt, Prof. Szkoły techn. przem. w Krakowie
Dr. Fr. Czerny Prof. w Uniw. Jagiel. w Krakowie.
Dr. J. Dietl b. Prof. " " "
Dr. J. Grabowski Prof. Instytutu Techn. przem. w Krakowie.
B. Hoff Prof. szkoły realnéj w Krakowie.
W. Kaczmarski inżynier w Krakowie.
Dr. S. Kuczyński Prof. w Uniw. Jagiel. w Krakowie.
Łatkiewicz inżynier w Krakowie.
K. Medveczky, właściciel zdrojowiska w Żegiestowie.
Dr. M. Nowicki Prof. w Uniw. Jagiel. w Krakowie.
Dr. J. Olszewski Prof. w Uniw. Jagiel. w Krakowie.
Dr. T. Pryliński budowniczy w Krakowie.
Dr. B. Radziszewski Prof. we Lwowie.
Dr. Rostafiński Doc. Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dr. F. Szlachtowski Adwokat w Krakowie.
J. Stengel starszy komisarz górniczy w Krakowie.
Dr. A. Stopczański Prof. Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Wachtel starosta górniczy w Krakowie.
Dr. D. Wierzbicki adjunkt obserw. astr. w Krakowie.
Hr. M. Załuski właściciel zdrojów w Iwoniczu.
K. Zaremba budowniczy w Krakowie.
L. Zieleniewski fabrykant machin roln. w Krakowie
P. Zubrzycki właściciel zdroj. w Rabce.

III.

Sekcyja higieniczna:

Przewodniczący: Dr. Janikowski Prof. w Uniw. Jag.

Członkowie:

A. Zwyczajni:

Dr. J. Buszek,
Dr. M. Dembowski,
Dr. M. Dobrowolski,
Dr. S. Domański,
Dr. K. Grabowski,
Dr. J. Jodłowski,
Dr. H. Kadyi,
Dr. E. Korczyński,
Dr. A. Kremer,
Dr. A. Kwaśnicki,
Dr. B. Lutostański,
Dr. A. Obaliński,
Dr. J. Obtułowicz,
Dr. J. Oettinger,
Dr. J. Pacuła,
Dr. J. Riedmüller,
Dr. A. Wilkosz,
Dr. A. Zarewicz,
Dr. M. Zieleniewski,
Dr. K. Żuławski.

B. Nadzwyczajni.

Dr. J. Grabowski Prof. Szkoły techn. przem. w Krakowie.
B. Hoff Prof. szkoły realnéj w Krakowie.
N. Jędrzejewski b. Zarządca szpitala św. Łazarza.
A. Łuszczkiewicz inżynier w Krakowie.
Dr. M. Mohr fizyk miejski w Krakowie.
Dr. K. Olszewski Prof. Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dr. M. Schmidt Wiceprezydent Magistratu m. Krakowa.
S. Ziembiński Dyr. Szkoły techniczno-przem. w Krakowie.

IV.

Komisyja redakcyjna Przeglądu lekarskiego:

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Leon Blumenstok, Prof. w Uniw. Jag.

Członkowie:

Dr. Alfred Obaliński.
Dr. Kazimierz Grabowski, Docent w Uniw. Jag.
Dr. Edward Korczyński, Prof. w Uniw. Jag.
Dr. Aleksander Kremer.
Dr. Bolesław Lutostański.

V.

Komisyja terminologiczna:

Przewodniczący: Dr. A. Kremer.
Prof. Dr. J. Oettinger.
Sekretarz: Prof. Dr. S. Janikowski.

VI.

Komisyja sprawozdawcza do roczników Virchowa i Hirscha:

Przewodniczący: Dr. Józef Oettinger, Prof. w Uniw. Jag.

Członkowie:

Dr. L. Blumenstok
Dr. T. Browicz
Dr. W. Bylicki
Dr. S. Domański
Dr. K. Grabowski
Dr. S. Janikowski
Dr. H. Kadyi
Dr. E. Korczyński
Dr. A. Obaliński
Dr. F. Obtułowicz
Dr. J. Pacula
Dr. G. Piotrowski
Dr. S. Radek
Dr. W. Ściborowski
Dr. B. Skórczewski
Dr. A. Wilkosz
Dr. L. Wiszniewski
Dr. A. Wurst
Dr. S. Skobel, Sekretarz.

Spis członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

a) Honorowych.

Dr. Adamowicz Adam w Wilnie
Dr. Biesiadecki Alfred we Lwowie
Dr. Brodowicz Józef w Krakowie
Dr. Dietl Józef w Krakowie
Dr. Gałęzowski Seweryn w Paryżu
Dr. Kozubowski Antoni w Krakowie
Dr. Majer Józef w Krakowie
Dr. Rokitansky Karol w Wiedniu.

b) Czynnych.

Dr. Blatteis Jakób *w lecie w Krynicy*
Dr. Blumenstok Leon
Dr. Braunstein Fryderyk
Dr. Browicz Tadeusz
Dr. Bulikowski Franciszek
Dr. Buszek Jan
Dr. Bylicki Władysław
Dr. Danek Franciszek
Dr. Dembowski Mieczysław
Dr. Dobrowolski Marcelli
Dr. Domański Stanisław
Dr. Drobner Jakób
Dr. Gladyszewski Emil
Dr. Goebel Karol
Dr. Grabowski Kazimierz
Mag. Far. Gralewski Fortunat
Dr. Harajewicz Jan
Dr. Jakubowski Maciej Leon
Dr. Janikowski Stanisław
Dr. Jaszczurowski Józef
Dr. Jodłowski Jan
Dr. Jordan Henryk
Dr. Kadyi Henryk
Dr. Kirschner Adolf
Dr. Kopernicki Izydor *w lecie w Rabce*
Dr. Korczyński Edward
Dr. Kramarzyński Karol
Dr. Kremer Aleksander
Dr. Krongold Wilhelm
Dr. Kwaśnicki August
Dr. Lustgarten Ludwik
Dr. Madurowicz Maurycy
Dr. Majewski Erazm
Dr. Mączka Tomasz
Dr. Murdzieński Franciszek
Dr. Najdło Feliks
Dr. Obaliński Alfred
Dr. Obtułowicz Ferdynand
Dr. Oettinger Józef
Mag. Wet. Pacula Jędrzéj
Dr. Pareński Stanisław
Dr. Paszkowski Stanisław
Dr. Pawlas Teodor
Dr. Piotrowski Gustaw
Dr. Poniklo Stanisław
Dr. Radek Jan
Dr. Riedmüller Józef
Dr. Rybczyński Aleksander
Dr. Rosner Jan
Dr. Rychlicki Władysław
Dr. Rydel Lucyjan
Dr. Ściborowski Władysław *w lecie w Szczawnicy*
Dr. Skobel Stanisław
Dr. Skórkowski Feliks
Dr. Szczudło Jan
Dr. Skórczewski Bolesław *w lecie w Krynicy*
Dr. Stępiński Bogumił
Dr. Strzechowski Wilhelm
Dr. Szewczyk Józef
Dr. Tatarczuch Władysław
Dr. Warschauer Jonatan
Dr. Wilkosz Aleksander
Dr. Wiszniewski Ludwik
Dr. Wurst Adolf
Dr. Zaręba Tomasz
Dr. Zarewicz Aleksander
Dr. Żebrowski Maurycy
Dr. Zieleniewski Michał
Dr. Ziembiński Jan
Dr. Żuławski Karol

c) Korespondentów.

Dr. Baraniecki Adrian w Krakowie
Dr. Barzycki Józef w Zbarażu
Dr. Berggrün Alfred w Szczurowy
Dr. Biegelmeyer Alfred w Samborze
Dr. Blumenfeld Henryk w Badenie pod Wiedniem
Dr. Bośniacki Zygmunt w St. Giuliano
Dr. Broniowski Antoni w Sokalu
Dr. Bulikowski Stanisław we Lwowie.
Dr. Cassina Ferdynand we Lwowie
Dr. Chrzanowski Włodzimierz w Ostrowie
Dr. Cięglewicz Julijan w Jaśle
Dr. Coghen Antoni w Busku
Dr. Czerwiakowski Feliks w Gleichenbergu *w zimie w Meranie*
Dr. Czesnak Julian we Lwowie
Dr. Czyżewicz Adam we Lwowie
Dr. Czyżewicz Władysław w Wadowicach
Dr. Dalkiewicz Julijan w Tarnowie
Dr. Danielski Jan w Alwerni
Dr. Dębicki Karol w Warszawie
Dr. Dębicki Klemens we Lwowie
Dr. Długołęcki Ferdynand w Kętach
Dr. Dobieszewski Zygmunt w Marienbadzie *w zimie w Warszawie*
Dr. Dobiński Włodzimiérz we Lwowie
Dr. Dobrski Konrad w Warszawie
Dr. Dorożyński Jakób w Buczaczu
Dr. Dukiet Jan w Rymanowie
Dr. Dziembowski Józef w Muszynie
Dr. Dzikowski Zygmunt w Kałuszu
Dr. Fałęcki Józef w Krakowie
Dr. Feigel Longin we Lwowie
Dr. Filewicz Jan w Kolbuszowy
Dr. Florkiewicz Władysław w Koniecpolu
Dr. Friedberg Adolf w Drohobyczu
Dr. Gałęzowski Ksawery w Paryżu

Dr. Ganczarski Ludwik w Zakopaném
Dr. Gawelkiewicz Leopold w Starym Sączu
Dr. Gawlik Jan w Suchéj
Dr. Gawroński Ksawery w Pińczowie
Dr. Głogowski Feliks w Lublinie
Dr. Goldhaber Adolf w Mielcu
Dr. Górski Adolf w Jarosławiu
Dr. Grünhaut Bernard w Lisku
Dr. Gumplowicz Maksymilian w Wiedniu
Dr. Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie
Dr. Hordyński Joachim w Karlsbadzie
Dr. Humiecki Modest w Krośnie
Dr. Jabłoński Stanisław w Rzeszowie
Dr- Jakubowski Adam w Grybowie
Dr. Janowski Ignacy w Skałacie
Dr. Januszkiewicz Zegota w Pilźnie
Dr. Jendl Ignacy w Drohobyczy
Dr. Józefczyk Bolesław w Śniatynie
Dr. Jurasz Antoni w Heidelbergu
Dr. Jurowicz Izydor w Jarosławiu
Dr. Kaczyński Teodor w Brzostku
Dr. Kadler Ludwik w Warszawie
Dr. Kalisz Alfred w Tuchowie
Dr. Kauffman Michał w Jaworzu
Dr. Kawalerski Franciszek w Andrychowie
Dr. Kijas Błażéj w Mielcu
Dr. Kluczenko Bazyli w Storożyńcach
Dr. Koller Bolesław w Strusowie
Dr. Kołaczkowski Józef w Nowym Sączu
Dr. Kozłowski Emil we Lwowie
Dr. Krajewski Feliks w Hrubieszowie
Dr. Krajewski Władysław w Cieplicach czeskich
Dr. Kralczyński Kazimierz w Łańcucie
Dr. Kramarzyński Mieczysław w Brzostku
Dr. hr. Krasiński Hubert w Petersburgu
Dr. Krobicki Tadeusz w Monasterzyskach
Dr. Krówczyński Żegota we Lwowie
Dr. Kruk Kazimierz w Limanowy
Dr. Kryda Aleksander w Szczawnicy
Dr. Krzykowski Maryjan w Sanoku
Dr. Krzyształowicz Adam w Dolinie
Dr. Lachowicz Zdzisław w Jaworowie
Dr. Lachowicz Antoni w Warszawie
Dr. Lehmann Adolf w Tarnowie
Dr. Leniartek Jakób w Dębicy
Dr. Lewandowski Józef w Tłuczani
Dr. Lewandowski Zygmunt w Bochni
Dr. Lic Henryk w Brzozowie
Dr. Lisiński Ludwik w Rawie
Dr. Lorentski Andrzéj w Radomyślu
Dr. Lukas Adolf we Lwowie
Dr. Lutostański Bolesław w Krakowie
w lecie w Iwoniczu
Dr. Łodziński Włodzimierz w Myślenicach
Dr. Łucki Julijan w Oświęcimie
Dr. Macudziński Waleryjan w Jaśle
Dr. Madejski Władysław w Pieniakach
Dr. Mach Sebastyjan w Kańczudze
Dr. Malcz Mieczysław w Warszawie
Dr. Malinowski Kasper w Konarach
Dr. Mars Antoni we Lwowie
Dr, Marynowski Mieczysław w Tarnowie
Dr. Merunowicz Józef w Stanisławowie
Dr. Metzger Jan w Tarnowie
Dr. Męciński Karol w Przemyślu
Dr. Mikucki Ksawery w Ternówce na Ukrainie
Dr. Morelowski Stanisław w Nisku
Dr. Mroczkowski Zygmunt w Stanisławowie
Dr. Munkiewicz Antoni w Rosławiu
Dr. Natanson Ludwik w Warszawie
Dr. Narkiewicz Jodko Witold w Warszawie
Dr. Nencki Marceli w Bernie
Dr. Neumann Eugeniusz w Gorlicach
Dr. Neugebauer Ludwik w Warszawie
Dr. Nowakowski Ferdynand w Warszawie
Dr. Nycz Wincenty w Białej
Dr. Olpiński Julijan w Trembowli
Dr. Opolski Wiktor we Lwowie
Dr. Orłowski Franciszek w Warszawie
Dr. Papieski Antoni w Stryju
Dr. Pieniążek Przemysław w Wiedniu
Dr. Pietrzycki Antoni w Jaśle
Dr. Plech Marceli w Jarosławiu
Dr. Pląskowski Romuald w Warszawie
Dr. Pluciński Michał we Lwowie
Dr. Podobiński Antoni w Wieliczce
Dr Portner Szymon w Warszawie
Dr. Przeździecki Hipolit w Francensbadzie
Dr. Przybylski Wacław w Gródku
Dr. Rasp Henryk w Brzeżanach
Dr. Rehan-Leopold w Wołodarce
Dr. Reifer Adolf w Dzikowie
Dr. Rolle Józef w Kamieńcu
Dr. Roth Alojzy w Dąbrowie
Dr. Roth Władysław w Staszowie
Dr. Rothe Adolf w Warszawie
Dr. Rudnicki Władysław w Żurawnie
Dr. Rychlicki Hipolit w Jaworznie
Dr. Rydygier w Gryffii
Dr. Sakowicz Kazimierz w Białéj-Cerkwi
Dr. Sakowski Piotr w Horodence
Dr. Sawicki (Stella) Jan we Lwowie
Dr. Schützer Salomon w Tarnowie
Dr. Senft Henryk w Brzesku
Dr. Serkowski Bolesław w Brzeżanach
Dr. Silberstein Adolf
Dr. Skalski Władysław w Sanoku
Dr. Skowroński Włodzimierz we Lwowie
Dr. Stanko Wojciech w Żywcu
Dr. Stroynowski Edward we Lwowie
Dr. Stokmar Karol w Wiedniu
Dr. Studziński Józef w Sieniawie
Dr. Swierz Tomasz w Skawinie
Dr. Szalay Alojzy w Przemyślu
Dr. Sticha Czesław w Warszawie
Dr. Szeliga Roman w Tarnopolu
Dr. Szczepański Tytus w Strzyżowie
w lecie w Żegiestowie
Dr. Szeparowicz Jan we Lwowie
Dr. Sztencel Baruch w Niepołomicach
Dr. Szyszyłowicz Dyonizy w Sieniawie
Dr. Trembecki Onufry w Nowym Sączu
Dr. Tylka Wojciech w Ulanowie
Dr, Tyralski Włodzimierz w Bohorodczanach
Dr. Ulanowski Józef w Lublinie
Dr. Waligórski Albin w Przemyślanach
Dr. Wągrowski w Czortkowie
Dr. Wehr Wiktor w Pola
Dr. Wiktor Jan w Rozwadowie
Dr. Witkowski Edward w Radomyślu
Dr. Wolfram Adolf w Mościskach
Dr. Wroński Bartłomiej w Gorlicach
Dr. Wysocki Aleksander w Złoczowie
Dr. Wyszatycki Franciszek w Dynowie
Dr. Zabierowski Kazimierz w Żmigrodzie
Dr. Załoziecki Włodzimierz w Czerniowcach
Dr. Zapałowicz Antoni w Wadowicach
Dr. Zarzycki Leon w Podkamieniu
Dr. Zauderer Bernard w Wieliczce
Dr. Zduń Józef w Lutowiskach
Dr. Zengteller Julijan w Nowym Sączu
Dr. Żminkowski Ludwik w Podhajcach
Dr. Żuliński Tadeusz we Lwowie

d) Przybranych.

Dr. Czyrniański Emilian w Krakowie
Mag. Far. Hoff Bogdan w Krakowie
Mag. Far. Siedlecki Adolf w Krakowie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, — w Drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

wydaje, że tylko o tyle, o ile słusznem jest zdanie skrajne, podczas gdy istotna prawda leży pośrodku.

Znacie pracę Blatteisa: „Uwagi nad leczeniem zdrojowo kąpielnem w Krynicy podczas ciąży i miesiączki," umieszczoną w Przegl. Lekarskim 1877, Nr. 30, 32, 33; nie będę jej przeto szczegółowo omawiał. W swych poglądach usiłuje autor trzymać się téj drogi pośredniéj. Oprócz wspomnianych już zapatrywań na tę sprawę niemieckich badaczy winienem jeszcze przytoczyć zdanie Lehmanna *(Bäder und Brunnenlehre* 1877), który pobieżnie tylko namienia, że kąpiele podczas zbyt obfitego miesiączkowania w niektórych przypadkach nie są szkodliwe, ale nawet pożyteczne. Z francuskich lekarzy Scheuer w swéj monografii o Spaa (1877) z dowcipem i elegancyją francuza, pełną słodkiego sarkazmu odpowiada na tę nowość terapeutyczną: „Wśród miesiączkowania należy powstrzymać kąpiele (w Spaa) nie z żadnéj obawy jakiejś, gdyż wiemy, że Fleury nie wstrzymał ani na jeden dzień zimnych natrysków u pacyjentek, które się oddały w jego ręce, i raz mu się powierzyły, a tém dobrze się przysłużyły nauce i doświadczeniom znakomitego twórcy hydroterapii racyjonalnéj. Nigdy nie dostrzegł przy stósowaniu zimnych natrysków ani zmniejszania się miesiączki ani mniemanych przypadków jéj powstrzymania. Może jest trochę niestósownem z naszéj strony, że zamiast uderzać czołem przed nauką i wielkim urokiem mistrza, lubo nie przesądzamy słuszności a może nawet niespożytości jego poglądów, to przecież niestety ze śmiałych przykładów, które nam podał Fleury, korzystamy tylko tyle, że pozwalamy kąpać się kobietom po 3cim dniu miesiączki." Natomiast de la Roche w monografii o zdrojowisku Eaux Bonnes (o obu tych pracach pomówimy w listach następnych) lubo przemawia za nieprzerywaniem kąpieli u kobiet w tym czasie, gdyż nie dostrzegł żadnych złych skutków, to przecież tylko wyjątkowo widzi korzyści, i to w przypadkach bolesnego lub utrudnionego miesiączkowania. Działanie kąpieli w Eaux Bonnes porównywa daléj z działaniem leków namiesięcznych, przy tych wadach to działanie wyprowadza z ogólnego podniecenia ustroju a szczególniéj macicy. Czyż się to teoretyczne twierdzenie nie sprzeciwia jego postępowaniu w praktyce?

Zbytnie obawy przed kąpaniem się wśród miesiączki są również nieusprawiedliwione, jak zbytnia skwapliwość. Stanowcze rozwiązanie jest wprawdzie trudnem, ale w miarę mnożenia się prac na tém polu niewątpliwie przyjdzie do skutku. Jak na dziś ze znanych szczegółów możnaby przecież wysnuć obraz zbliżony do prawdy, jak w ogóle należy się na tę sprawę zapatrywać. W hydroterapii jest to pewnikiem, że działanie zimna na okolicę lędźwiową i wzdłuż wewnętrznéj powierzchni uda wywołuje kurczenie się macicy, gdy gorąco tak stósowane sprawi skutek przeciwny. Tego pierwszego sposobu używa się do wstrzymania zbyt obfitego krwawienia miesięcznego (lub przed poronieniem), drugiego zaś w celu przyspieszenia i ułatwienia odpływu krwi w czasie utrudnionego lub bolesnego miesiączkowania. Jeżeli ten wpływ bodźców termicznych odniesiemy do kąpieli, to koniecznem jest, że takowa wywrze na ustrój wprawdzie nie takie same, ale podobne skutki; kąpiel zimna w ogóle będzie powstrzymywać odpływ, gdy gorąca będzie go zwiększać lub przyspieszać. Że tego rodzaju skutek nie zawsze jest widocznym, zależy raz od rozmaitych zboczeń w narządzie rodnym, a powtóre od tego, iż możebnem jest przeciwdziałanie ze strony całego zresztą ustroju pod wpływem działania nań kąpieli. Przy kąpielach mineralnych wchodzą jeszcze w rachubę rozmaite czynniki, które również działają jako bodźce, i z temi się także należy liczyć. Zwłaszcza też należy bardzo być ostrożnym w polecaniu wśród miesiączki kąpieli z kwasem węglowym, gdyż prócz bodźców termicznych przybywa tutaj jeszcze kwas węglowy, który z jednéj strony jako silny bodziec na skórę znakomity musi wywierać wpływ w ogóle na cały układ naczyniowy a w szczególności na macicę, a z drugiéj strony udowodnionem jest, że przez skórę drogą difuzyi dostaje się takowy do krwi, przeto z tamtąd znowu będzie wywierał swoje działanie na te narządy.

Drogą teoryi tłumacząc sobie w ten sposób tę sprawę byłem ostrożnym w stwierdzaniu tych przypuszczeń w praktyce. Niejednokrotnie zauważyłem, że w Krynicy, chore biorące chłodne (23—20° R.) kąpiele mineralne, zatém silniejsze od ciepłych raz bodźcem termicznym, a powtóre bodźcem kwasu węglowego, który ulatnia się z kąpieli w miarę jéj ogrzewania, skoro nie zważały na poczynającą się miesiączkę, to po wykąpaniu się nie dostrzegły dalszego odpływu krwi. Wprawdzie nie zauważyłem potém zbyt wielkich zaburzeń, ale zawsze przez kilka dni chore niedomagały, i większą później zwracały uwagę na kąpiel przed następnem miesiączkowaniem, które występowało po 2 lub 3 tygodniach.

Po tego rodzaju spostrzeżeniach więcéj jeszcze przestrzegałem inne chore, aby się nie kąpały przy rozpoczynającéj się miesiączce, lecz dopiero w 3cim lub 4tym dniu od jéj wystąpienia, i to w kąpieli cieplejszéj niż przed miesiączkowaniem (24—25° R.) Wtedy niemal bez wyjątku, jeżeli zwykłe miesiączkowanie przeciągało się poprzednio do 10 dni, to zaraz po pierwszéj kąpieli, zatém w trzecim dniu, albo znacznie się zmniejszało albo ustępowało zupełnie; a w tych razach z powstrzymania dalszego przebiegu miesiączki niedostrzegłem nigdy żadnych objawów niekorzystnych, ale przeciwnie ogólne wzmocnienie i orzeźwienie było widocznem.

Nie twierdzę, że to absolutne wstrzymywanie kąpieli jest zupełnie usprawiedliwionem, przeciwnie jestem niemal pewnym, że w wielu razach kąpiel mogłaby wywrzeć bardzo pożądany skutek, ale w jakich przypadkach i w jakiém nasileniu winno się wtedy kąpieli używać, aby wywołać tylko taki skutek, jakiego żądamy, a nie większy, któryby mógł wpłynąć szkodliwie na ustrój choréj, tego wcale nie znamy; należy więc dopiero zbierać doświadczenia w tym kierunku, na którychby można oprzeć szczegółowe wskazania i przeciwwskazania. Zanim jednak tę sprawę należycie się rozjaśni, mniemam, że lepiéj jest odmówić choréj zbyt małych ogólnych korzyści wstrzymując kąpiel przez 3—4 dni, niż narażać ją na nieprzewidziane, z góry obliczyć się nie dające, a może nawet niekiedy groźne zaburzenia polecając bez wyjątku używanie kąpieli w czasie miesiączkowania.

O oznaczaniu względnéj ilości hemoglobinu we krwi sposobem chromometrycznym. (Sprawozdanie z pracy Jerzego Hayema, w *Archives de physiologie normale et pathologique. Tome IV, 5, 1877.)*

Dostatecznie uznaną została w nowszych czasach wartość dokładnego badania krwi w celach klinicznych, mianowicie zaś oznaczania ilości ciałek krwi; łatwo jednak pojąć, że samo oznaczenie cyfrą ilości ciałek nie jest wystarczające bez należytego ocenienia ich jakości, a w szczególności oznaczenia ilości najważniejszego w sprawach życiowych ustroju składnika ciałek krwi, tj. hemoglobinu. Aż nadto znaną jest

działalność fizyjologiczna tego składnika, jego własność przyswajania ustrojowi najcelniejszego pierwiastku życiodajnego tj. tlenu. Uważano powszechnie, że ilość zawartego we krwi hemoglobinu jest proporcyjonalną do ilości ciałek krwi, czyli innemi słowy, że poszczególne ciałko krwi zawiera stale jednakową ilość hemoglobinu, tak iż chcąc mieć przybliżone pojęcie o bogactwie krwi w hemoglobin, dosyć jest znać ilość ciałek krwi.

Autor pracy, z której zdajemy sprawę, przyznaje wprawdzie, że w stanie prawidłowym, w stanie zupełnego zdrowia ilość hemoglobinu rzeczywiście jest proporcyjonalną do ilości ciałek krwi, lecz twierdzi, że w stanach chorobowych mianowicie w różnych formach niedokrewności prawidło to traci swe znaczenie, tak iż samo oznaczenie ilości ciałek krwi nie zdoła tu oznaczyć ilości hemoglobinu, gdyż szczegółowe badania, jakie autor przedsiębrał w licznych przypadkach niedokrewności, pouczyły go, że w próbach krwi różnych osób, o jednakowéj zawartości ciałek krwi ilość hemoglobinu wahała się w granicach dość rozległych. Z tych przyczyn uważa autor oznaczanie hemoglobinu jako niezbędne uzupełnienie liczenia ciałek krwi w celach klinicznych.

Chodzi tu przedewszystkiém o podanie prostego i praktycznego sposobu, za pomocą którego możnaby z łatwością, w krótkim czasie a zarazem z pewną dokładnością oznaczyć przybliżoną ilość hemoglobinu we krwi. Albowiem używany dotąd w celach fizyjologicznych sposób chemiczny i spektroskopijny, który wymaga długiego czasu, przyrządów skomplikowanych, a co najważniejsza znacznéj ilości krwi do badania, nie nadaje się wcale w celach klinicznych, gdzieby czasem było pożądaném, w krótkich odstępach czasu, np. kilka razy w tygodniu oznaczać ilość hemoglobinu, nie narażając przytém chorego na utratę znaczniejszéj ilości krwi.

Otóż wyzyskał autor w tym celu siłę barwiącą hemoglobinu i stara się oznaczyć przybliżoną ilość tego składnika w danéj krwi przez porównanie natężenia barwy znanego rozczynu tejże krwi z barwą takiegoż samego rozczynu krwi człowieka zdrowego, zawierającéj prawidłową ilość ciałek krwi i prawidłową ilość hemoglobinu. Jasną bowiem jest rzeczą, że im bogatszą będzie krew w hemoglobin, tém dzielniejszą być musi jéj siła barwiąca jako zupełnie zależna od hemoglobinu.

Ku temu celowi podaje autor bardzo prosty przyrząd chromometryczny. Składa on się z podwójnego naczyńka szklannego i ze skali barw. Naczyńko złożone jest z dwu małych pierścieni szklannych o powierzchni zewnętrznéj niewygładzonéj, mających jednakową średnicę o przytwierdzonych bezpośrednio obok siebie do tabliczki szklannéj; w ten sposób tworzą one dwa małe zbiorniki, przedzielone od siebie wązką ścianką. Każdy zbiornik może objąć około 500 milimetrów sześciennych wody. Jeżeli tedy ułożymy opisaną tabliczkę szklanną na kartce papieru białego, wlejemy do każdego zbiornika po 500 milim. sześć. wody przekroplonéj, a następnie dodamy do jednego zbiornika 4 lub 5 milim. sześć. krwi, to uzyskamy rozczyn krwi, którego barwa badana w świetle odbitém, będzie wydatnie odbijać od barwy białéj drugiego zbiornika, wodą czystą wypełnionego. Natężenie zaś barwy rozczynu krwi zależéć będzie częścią od ilości krwi użytéj, częścią od dzielności barwiącéj tejże (innemi słowy, od ilości zawartego hemoglobinu). Gdybyśmy teraz mogli do drugiego zbiornika dodawać po troszce krwi o znanéj zawartości hemoglobinu, zwracając bez przerwy uwagę na zmiany zachodzące w barwie rozczynu, to nastąpiłaby chwila, gdzie zabarwienie tegoż byłoby zupełnie równe barwie rozczynu krwi badanéj. Wtedy powiedzielibyśmy, że oba rozczyny zawierają równą ilość istoty barwiącéj, a znając ilość krwi użytéj do utworzenia obu rozczynów, z łatwością moglibyśmy oznaczyć ilość hemoglobinu zawartą we krwi badanéj. Ponieważ jednak prawie niemożebném jest mieć przy każdorazowém badaniu do dyspozycyi rozczyny krwi o różnéj ilości hemoglobinu w celu porównywania ich barwy z barwą rozczynu krwi badanéj, dla tego autor starał się zastąpić je skalą barw, oddających dokładnie różne stopnie natężenia barwy, odpowiadające różnym rozczynom krwi zawierającym znaną ilość ciałek krwi zdrowych, obdarzonych prawidłową siłą barwiącą. Sporządził on w tym celu skalę barw wykonaną na sposób akwareli na papierze złożoną z 10 numerów, oznaczonych cyframi od 1 do 10, z których numer 1 przedstawia najbledszy a numer 10 najciemniejszy odcień barwny; przy każdym numerze zanotowana jest zarazem ilość ciałek krwi zdrowych, jakiéj w rozczynie 500 milim. sześć. dany odcień barwny odpowiada.

Doświadczenie wykonałoby się w sposób następujący: gdy napełniwszy jeden ze zbiorników rozczynem krwi znanego stosunku np. 6 milim. sześć. krwi (uzyskanych przez nakłócie igłą i wciągnięcie za pomocą rurki włosowatéj miarczkowanéj) na 500 milim. sześć. wody a drugi wodą czystą, będziemy kolejno podkładać pod ten ostatni zbiornik papier barwny wzięty ze skali, najlepiéj w postaci krążka odpowiedniego powierzchni podstawy zbiornika, to znajdziemy papier barwny taki, który oglądany z góry w świetle odbitém przez warstwę wody sprawi wrażenie barwy identyczne z barwą rozczynu krwi badanéj. Powiedzieliśmy wyżéj, że każdy numer skali przedstawia odcień barwny taki, jaki by wydał rozczyn zawierający podaną na skali ilość ciałek krwi zdrowych. Przypuśćmy tedy, żeśmy użyli rozczynu 6 milim. krwi na 500 milim. sześć. wody i uzyskali zabarwienie równe numerowi 4mu skali. Znajdujemy na skali, że barwa numerem 4ym oznaczona, jest równa barwie rozczynu krwi, zawierającego na 500 milim. wody 11.892.375 ciałek krwi czerwonych. Jeżeliśmy poprzednio obliczyli ilość ciałek krwi badanéj i przekonali się, że wynosi na 1 milim. sześć. np. 4.774.000, to w rozczynie z 6 milim. (jakiegośmy w naszém doświadczeniu użyli) będzie $4.774000 \times 6 = 28.644.000$ ciałek krwi. Widzimy tedy, że rozczyn krwi badanéj, zawierający 28.644.000 ciałek krwi ma siłę barwiącą równą rozczynowi krwi równéj objętości, zawierającemu tylko 11.892.375 ciałek krwi zdrowych tj. prawidłową dzielnością barwiącą wyposażonych, że zatém siła barwiąca pojedynczego ciałka krwi wynosi tylko $\frac{11.892.375}{28.644.000} = 0.414$ prawidłowéj siły barwiącéj krwi. Ponieważ wreszcie siła barwiąca krwi zależy wyłącznie od ilości hemoglobinu, ztąd wynika, że krew badana, zawierająca wprawdzie mniéj więcéj prawidłową ilość ciałek krwi, zawiera tylko 0.414, zatém mniéj niż połowę hemoglobinu, zawartego we krwi zdrowéj.

Autor sądzi, że sposobem wyżéj opisanym można z dokładnością zupełnie zadowalającą w celach klinicznych oznaczać ilość hemoglobinu we krwi, gdyż rozczyny krwi, różne od siebie zaledwie o $\frac{1}{4000}$ rozczynu już sprawiają widoczną różnicę zabarwienia.

Dr. Stanisław Ponikło.

H. Ranke: **O tymolu i jego użyciu w przeciwgnilném leczeniu ran.**

Każdy kto tylko ma sposobność zapoznania się z przeciwgnilném leczeniem ran, a mianowicie z jego korzyściami z jednéj strony, a z niedogodnościami z drugiéj strony, zgodzi się na zdanie autora, że należy każdy nowo pojawiający się środek na tém polu jak najskrzętniejszemu poddawać badaniu, aby przez wszelkie możliwe udoskonalenia i ułatwienia sposób ten zrobić popularnym i ogólnie przystępnym. W tym też celu podjął się autor na klinice prof. Volkmanna i pod jego okiem doświadczeń z tymolem, a w niniejszéj pracy ogłasza wypadki osiągnięte.

Tymol został odkrytym przez Neumanna jeszcze w r. 1727 przy destylacyi olejku tymiankowego, a nieco ulepszony sposób otrzymywania podany przez Lallemanda utrzymuje się do dziś dnia.

Pod względem fizyjologicznym badali go Paquet i Peszechonow, zaś pod względem terapeutycznym Lewin, Liebreich, Valverde, Husemann i Korczyński.

Najważniejszą jest dla chirurga praca Husemanna, z któréj wynika, że tymol przewyższa jako środek przeciwgnilny znacznie kwas karbolowy a przy tém jest dziesięć razy słabszą od niego trucizną dla ustroju ludzkiego.

Dla łatwiejszego porównania obydwu środków nie zmieniono nic w dotychczasowéj technice oprawy Listrowskiéj z wyjątkiem tego, że zastąpiono kw. karbolowy tymolem; że zaś tenże nie jest tak łatwo rozpuszczalnym jak tamten, użyto go przeto w stosunku 1:1000 dodając jeszcze 10,0 wyskoku i 20,0 gliceryny. Do napawania gazy użyto zamiast parafinu, który pomawiany jest o szkodliwe drażnienie skóry (rak naftowy, parafinowy) olbrotu *(cetaceum)* biorąc na 1000 części gazy 500 cz. olbrotu, 50 cz. żywicy i 16 cz. tymolu.

Następuje opis 41 przypadków, w których użyto oprawy tymolowéj, a z których wiele było nawet ważniejszych, jak herniotomije, amputacyje, wypiłowania stawów itp.

Na podstawie tych doświadczeń dochodzi R. do takiego wniosku ostatecznego: Powyżéj opisana oprawa tymolowa nie pozostawia pod względem pewności skutku przeciwgnilnego nic do życzenia, przewyższa jednakże oprawę karbolową, która dotąd za najlepszą uchodziła, o ile pod nią wydzielina bywa skąpszą, gojenie trwa krócéj i oprawę rzadziéj należy zmieniać. Nadto nie działa tymol na ustrój trująco i nie wywołuje skutków ubocznych, jak wyprysk itp. *(Sammlung klin. Vorträge Nr. 128).* *A. O.*

Tanturi (w Neapolu): **Świeży przypadek kiły niewyleczony za pomocą nastoju Tayui** *(Tra Tayuyae).*

U mężczyzny 38-letniego, który wprzód cierpiał na zimnicę, podawał autor z powodu wrzodu stwardniałego i osutki kiłowéj guziczkowéj na zewnątrz nastój Tayui rozcieńczony (1:30), a na wewnątrz nastój oryginalny 2 razy dziennie z początku po 2 krople, a w 30 dni późniéj po 75 kropli w 50 gramach wody, tak, że w ciągu tych dni 30 chory wyżył na wewnątrz 1052 kropli, a zewnętrznie zużył 240 grm. nastoju. Już po najmniejszéj dawce wzmagała się ciepłota ciała o 1 stopień (38° C.); ciężar ciała zmniejszył się w ciągu leczenia o 2 kilo (60·7), a siła mierzona za pomocą dynamometru wzrosła o 6 kilo (= 49 kilo).

Zmiany miejscowe nieco lepiéj zaczęły wyglądać, kilka guziczków ustąpiło, ale nowe mimoto się pojawiały; dopiéro leczenie za pomocą rtęci zdołało w ciągu 18 dni usunąć zmiany kiłowe. *(Wiener med. Wochensch.* 1878. 10.) *Obt.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne III. z dnia 6go lutego 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 20.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Przewodniczący wezwał obecnych do oddania czci zmarłemu śp. prof. Dietlowi przez powstanie.

3) Kol. Przewodniczący złożył na ręce kol. biblijotekarza dar kol. Laskiewicza *„Mittheilungen aus der Augenklinik d. Prof. Arlt in Wien: über Lupus der Conjunct. etc.“*

4) Wybrano członkami tow.: 1) Teodata Czulika, mag. chirurg. ord. w szpitalu Bonifratrów w Krakowie i 2) Dra Alfreda Sokołowskiego z Görbersdorfu, pierwszego czynnym, drugiego korespondentem.

5) Kol. Obtułowicz przedstawił chorego z bąblicą zwykłą złośliwą i poprzedził rzecz wykładem (który będzie umieszczony w Przegl. Lek.).

W dyskusyi zapytuje kol. Warschauer, czy w danym przypadku nie jest przypadkowo kiła podstawą cierpienia. Kol. Buszek zapytuje, jaką stósowano terapiję, a kol. Domański zwraca uwagę, iż pożądaną byłoby rzeczą ważyć pacyjentów od czasu do czasu i oznaczać siłę dynamometrem, gdyż jak kol. prelegent wspomniał, główném niebezpieczeństwem w téj chorobie jest wyniszczenie sił, mianowicie skutkiem utraty białka. W odpowiedzi na powyższe interpelacyje wyjaśnia kol. prelegent, że u przedstawionego chorego nie można było wykazać żadnych śladów kiły. Co do lekowania, trzymano się zasady Hebry *„noli me tangere“* i poprzestawano na lekach wzmacniających, a miejscowo stósowano posypkę z czystéj skrobi; podawanie rtęci albo arszeniku nie sprowadza skutków, a podkopuje zdrowie. Kilkakrotnie ważono także chorego, nie można było jednakże wykazać ani przybytku, ani ubytku.

6) Kol. Przewodniczący załatwił kwestyję zapomogi dla wdowy po lekarzu S.

7) Kol. Przewodniczący przedstawił wniosek kol. Broniowskiego z Sokala, zgodny z wnioskiem kol. Ściborowskiego, zmierzający do wylitografowania portretu śp. prof. Dietla. Zdanie sprawy w tym względzie, na jedném z przyszłych posiedzeń poruczono komitetowi towarzystwa.

8) Kol. Skórczewski odczytał piérwszą część swojéj pracy p. n. „Przyczyny i wywód chorobowy niektórych przypadków zwątlenia *(atonii)* przewodu pokarmowego, oraz leczenie tego cierpienia w Krynicy“. (Będzie umieszczone w Przegl. Lek.)

W dyskusyi zabierali głos prócz prelegenta koll. Domański Buszek, Warschauer, Obaliński, Kwaśnicki i Janikowski.

Kol. Domański: Wiemy już z doświadczenia, iż pewne wzruszenia umysłowe wpływają niewątpliwie nie tylko na powstawanie zmian chwilowych czynnościowych, ale nawet zmian stałych anatomicznych, czego wybitnym dowodem jest choroba Basedowa. W jaki sposób to się dzieje, trudna odpowiedź, ale fakt pozostaje faktem niewątpliwym. Okoliczność ta w chorobie Basedowa dając wiele do myślenia, wskazuje ona bowiem, że zmiana chorobowa nie jest może piérwotną w nerwie współczulnym, ale tkwi w samych ośrodkach nerwowych. W podobny sposób możnaby tłumaczyć także zwątlenie jelit i żołądka. Z codziennego wiemy bowiem życia, że każde prawie zmartwienie odbiera apetyt, a u wielu osób wywołuje nawet nieżyt żołądka; daléj wiemy także, że w stanie prawidłowym, nie zawsze jednakowa ilość krwi krąży w rozmaitych narządach, przeciwnie, wiadomą jest rzeczą, że każdy narząd tyle bierze krwi, ile mu potrzeba, czyli, że sam sobie reguluje dopływ krwi w miarę potrzeby. Kol. Buszek dziękując prelegentowi za udzielenie nowych poglądów na tak ważną sprawę zapytuje, dlaczego u suchotników występuje w piérwszym okresie trwałe zaparcie stolca. Kol. Skórczewski: W piérwszym okresie suchot płucnych mogą rozmaite

przyczyny wywołać zwątlenie przewodu pokarmowego, stósownie do poszczególnego przypadku. Ogólnie rzecz biorąc, występuje często w suchotach płucnych wiele zjawisk, świadczących o znacznych zaburzeniach w układzie naczynio-ruchowym; zmiany te nie muszą się ograniczać do narządu oddechowego, mogą się jednak pojawiać także w narządzie trawienia. Zboczenia w napięciu ścian naczyniowych wzmagać się będą z występowaniem gorączki. Drugą przyczyną może być także zmieniona mieszanina krwi, niedokrewność, skutkiem czego cierpi odżywianie ścian naczyń. Niedokrewność wzmagać się będzie z jednéj strony przez sprawę zapalną w narządzie oddechowym, przez ilości białka i innych składników krwi, a z drugiéj strony przez gorączkę, skutkiem któréj, nietylko że szybko zużywa się krew, podobnie jak i inne tkaniny, ale też, że przez silniejszy przeziew skóry wydala się z ustroju większa ilość wody, zkąd łatwo powstawać może pewnego rodzaju osuszenie błony śluzowéj jelit, a tém samem trudniejsze wydalanie kału. Już z tego okazuje się, że w tych przypadkach ajtyjologija zwątlenia jelit i całego przewodu pokarmowego jest bardzo zawiłą i nie podobna na razie dać wyczerpującéj odpowiedzi. Kol. Warschauer powiada, że na podstawie własnego doświadczenia nie może twierdzić, ażeby w pierwszych okresach suchot płucnych występowało trwałe zaparcie stolca. Kol. Obaliński zwraca uwagę na tę okoliczność, że u tabetyków wydarza się także zaparcie stolca i interpeluje w téj kwestyi kol. Domańskiego. Kol. Domański: Wiadomą jest rzeczą, że rdzeń pacierzowy wpływa na ruchy robaczkowe jelit, gdyż układ sympatyczny, jakkolwiek oddzielny, przecież do pewnego stopnia zależy od rdzenia pacierzowego, w ten więc sposób sprowadzić może choroba rdzenia nieprawidłowe stosunki w oddawaniu kału, zresztą nie bez znaczenia są tu i inne wpływy mechaniczne, jak np. ruch, im mniéj go kto używa, tém nieregularniéj oddaje kał. W ogólności przebija dziś w patologii ogromna skłonność tłumaczenia wielu przypadłości na podstawie rozmaitych zboczeń w układzie nerwowym. Podobny sposób tłumaczenia niewątpliwie wielką ma wartość, nie trzeba jednakże zapominać o tém, że są to rzeczy więcéj wywnioskowane, niż obserwowane, dlatego wszystkie te hipotezy mają tę niedostateczność, że wprowadzają nieraz do patologii czynniki, których bliżéj nieznamy. Kol. Buszek: Kwestyję zaparcia stolca u suchotników podniosłem dlatego, że przypomina mi się ona w obec śmierci brata kol. Skórczewskiego, który od kilku lat już przedstawiał przypady przewlocznego nieżytu żołądku i zupełnéj atonii kiszek i u którego na kilka nawet miesięcy przed śmiercią nie przypuszczano suchot płucnych. Okoliczność ta skłania mnie do zapytania, w jaki sposób tłumaczyć ten przypadek, w którym suchoty zamaskowane były przewloczną chorobą żołądka i jelit. Kol. Skórczewski: W odpowiedzi kol. B. co do choroby mego brata, nie waham się przypuszczać, że najważniejszą przyczyną tak suchot jak i cierpienia przewodu pokarmowego były gwałtowne wpływy psychiczne, lubo być może, że długotrwałe cierpienie przewodu pokarmowego mogło być bliższą przyczyną rozwinięcia się i tak gwałtownego przebiegu suchot. Kol. Kwaśnicki: Szan. prelegent słusznie odróżnił chwilowe zaparcie stolca od przewlekłego. Do wyjaśnienia pierwszego zbyteczne są wszelkie teoryje, a wystarczy ten pewnik, że przekrwione błony śluzowe wydzielają małą ilość śluzu, i to śluzu lepkiego, tak zaczyna się nieżyt oka, nosa, tak samo ma się rzecz w przewodzie pokarmowym, kał staje się zbitym, suchym i wydalenie jego natrafia na mechaniczne przeszkody. Co się zaś tyczy przewlekłego zaparcia stolca, to sprawa ta zależy od wielorakich czynników; pogląd mój na niedowład jelitowy poprzedzam wypowiedzeniem mego pojmowania czynności wydalania; wydalina nagromadza się, podrażnia nerwy czuciowe obwodowe i stąd powstaje na drodze odruchowéj skurcz i wydalenie; dla wywołania odruchu potrzeba, ażeby ilość wydaliny była znaczniejszą, gdyż mniejsze jéj ilości nie dochodzą do naszéj świadomości; tak samo ma się rzecz w pęcherzu, tak w jelitach, a i w macicy jest coś analogicznego, gdyż poród jest następstwem podrażnienia dolnego jéj odcinka i następowym skurczem odruchowym. Jeśli więc podrażnienie nerwów czuciowych dochodzi do skutku z powodu warstwy gęstego i lepkiego śluzu, jak to ma miejsce w nieżytach, to nie powstanie odruch, i to jest pierwsza przyczyna przewlekłego zaparcia; jeśli u osób osłabionych, onanistów, po nadużyciach wszelkiego rodzaju nastaje wyczerpanie się pobudliwości nerwowéj, mózg również nie dozna wrażeń od bodźców w jelicie, nie powstanie więc odruch, i to jest drugą przyczyną; w ogólném osłabieniu układu mięśniowego osłabione są i mięśnie jelitowe, z téj to przyczyny cierpią często na zaparcie stolca ozdrowieńcy i suchotnicy. Nakoniec przejdźmy z obwodu do ośrodków mózgowych; jeżeli sensorium commune jest zajęte, ulega zaburzeniom percepcyja wrażeń i powstawanie odruchów, a za przykład służyć może zatrzymanie moczu, albo niezupełne jego wydalanie u osób chorych na dur. W ten to sposób dadzą się wszystkie rodzaje niedowładu jelitowego wytłumaczyć teoryją odruchów. Pytanie, dlaczego wydaliny powstające w naszém wnętrzu nie dochodzą do naszéj świadomości aż do chwili wydalenia, tłumaczy Louis własnością zwojów nerwu współczulnego zatrzymywania bodźców słabszych; silniejsze bodźce przemagają tamującą siłę zwojów, dochodzą do mózgu i wywołują odruch, zazwyczaj tak silny, że mięśnie podległe woli naszéj, nie długo oprzeć się są w stanie. Kol. Janikowski: Małą miałem uczynić uwagę co do sposobu tłumaczenia kol. Kwaśnickiego że wydalenie w skutek pewnego bodźca, który działa na organ obejmujący pewną treść np. płód w macicy, niezależy od wielkości téj treści, gdyż tutaj działa okresowość, a wydalenie płodu nastaje bez względu na jego wielkość. Kol. Skórczewski: Zgadzam się zupełnie z poglądem kol. Kwaśnickiego co do pobudliwości nerwów czucia przy wydalaniu kału, ale nie mógłbym tego zastósować do przesuwania się treści pokarmowéj przez całą długość przewodu, która to czynność odbywa się na podstawie ciągłego ruchu robaczkowego jelit. Zmniejszenie pobudliwości nerwów czuciowych być może, że odgrywa ważniejszą rolę w rozwoju atonii, ale z innych przyczyn powstającéj, a które na wstępie wykluczyłem z zakresu méj rozprawy, mianowicie z przyczyn mechanicznych, działających od błony śluzowéj ku błonie mięsnéj. Kol. Warschauer zwraca uwagę, że nie dobrze jest budować wszystko w jednym kierunku, mianowicie przypisywać wszystko nerwom naczynioruchowym. Kol. Domański popierając kol. Warschauera powiada, że teoryje, jakkolwiek piękne, nie mogą zadowolić jednak tego lekarza, który w etyjologii takiego szuka związku, jak i w innych naukach przyrodniczych, związku nierozdzielnego pomiędzy przyczyną a skutkiem. Ile razy np. przetniemy rdzeń pacierzowy poprzecznie, tyle też razy muszą wystąpić porażenia ruchu i czucia części poniżéj leżących, od tego prawidła wyjątku niema. To jest związek etyjologiczny prawdziwy, co się zaś mówi o działaniu czynników psychicznych, pod wieloma względami wątpliwą bardzo jest rzeczą. Z tych to powodów powinno być staraniem w każdym przypadku teoryję godzić zawsze z praktyką.

Dr. Wurst.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 14 marca. Dnia 7 bm. odbył się w sali gmachu anatomicznego wykład habilitacyjny Dra Henryka Kadyiego, asystenta przy katedrze anatomii opisowéj, na docenta anatomii topograficznéj i porównawczéj. Dr. Kadyj, znany już z kilku prac anatomicznych, mówił o żołądku ze stanowiska anat. porównawczéj, objaśniając wykład odpowiedniemi wyrobami anatomicznemi.

Dowiadujemy się także, że Dr. Przemysław Pieniążek, bawiący obecnie we Wiedniu, zamierza habilitować się na wydziale lek. tutejszym jako docent laryngoskopii i w tym celu już nadesłał wydziałowi rozprawę swoją.

Ciesząc się z przybytku sił świeżych wynurzamy nadzieję, że opróżnione dotąd w wydziale lek. katedry nareszcie będą obsadzone, ponieważ prowizoryjum już tak długo trwające żadną miarą nie może być korzystném dla wydziału.

* Doszła nas rozprawa p. t. *Eine neue Methode zur Behandlung von Pseudarthrosen. Academische Habilitationsschrift der H. med. Facultät zu Jena vorgelegt von Dr. Ludwig Rydygier*, Jena M. Hermsdorf, 1878, in 8vo str. 28. — Jestto dosłowne, przez autora samego sporządzone, tłumaczenie artykułu „o nowym sposobie leczenia sustawów wrzekomych“ umieszczonego w dwóch ostatnich numerach Przegl. Lek., z dodatkiem 3 tez, wysnutych tak z téj rozprawy, jakoteż z rozprawy w roku przeszłym przez szan. autora w Przegl. Lek. umieszczonéj. Z tytułu dowiadujemy się zarazem, że praca ta przedłożoną została przez autora wydziałowi lek. w Jenie jako rozprawa habilitacyjna. Cie-

szymy się, że młody i pracowity nasz rodak i współpracownik zajmie wkrótce zaszczytne stanowisko na jednym z uniwersytetów niemieckich i wynurzamy mu serdeczne dzięki za to, że postarał się, aby praca jego poprzednio w języku ojczystym ogłoszoną została w naszym tygodniku.

* Komisyja wyznaczona przez Tow. lek. krak. do ułożenia sprawozdań z prac lekarskich polskich dla rocznika Virchowa i Hirscha dotychczas nie wywiązała się z obowiązku swego, pomimo, że termin wysłania 1éj części, a mianowicie sprawozdań z dziedziny anatomii, fizyjologii, ogólnéj patologii i terapii, farmakologii, geografii i historyi medycyny, elektro- i balneoterapii, kończy się z dniem ostatnim bm. Przypominamy więc szan. członkom komisyi obowiązek, który dobrowolnie na siebie przyjęli, tusząc sobie, że nie dadzą upaść uchwale Towarzystwa naszego, która miała na celu, aby zagranicę zapoznawać rok rocznie z piśmiennictwem naszém lekarskiém, a wykonywana przez lat kilka okazała się wielce korzystną dla wszystkich lekarzy po polsku piszących.

* Wydział przygotowawczy III Zjazdu w Krakowie odbyć się mającego nie daje jakoś dotąd znaku życia swego, a przecież byłby czas, aby czynności swoje rozpoczął energicznie, jeżeli Zjazd odbyć się ma w miesiącu wrześniu rb.

* W Ameryce dzieją się cuda. Niedawno temu donoszono ztamtąd o ciekawym przypadku chirurgiczno-położniczym, o przypadku zajścia w ciążę kobiety skutkiem wtargnięcia do jéj macicy kuli karabinowéj, która poprzednio, jakby mimochodem, przeszyła była jądro żołnierza, a którą to kulę późniéj znaleziono w płodzie przez ową kobietę poronionym. Obecnie w mieście Manch Chusk w Pensylwanii niejaki ksiądz Heinen w obec zbiegającego się zewsząd ludu wiejskiego publiczne daje przedstawienia razem z niejaką Ameliją Greth, która oznacza dzień i godzinę, kiedy dusza jéj opuści ciało, a kiedy do niego powróci. Jedno takie przedstawienie odbyło się dnia 2 lutego; o godzinie 9 minut 25 Amelija umarła, a o godzinie 9 minut 30 zmartwychwstała, żądała od płaczących naokoło siebie kobiet pożyczenia sobie sukni i wprost z O. Heinen udała się do kościoła. Lekarze twierdzą, że dziewczyna ta histeryczna cierpi na katalepsyję, — ale dlaczegoby odwieczne i niezmienne prawa przyrody nie miały z grzeczności dla panny Amelii i O. Heinena pozwolić sobie raz zboczenia od prawidła. *(Le Progrès Médical.)*

? Ostatnie zeszyty czasopisma *„Journal für praktische Chemie“* zawierają następujące prace rodaka naszego prof. Nenckiego w Bernie: 1) *Bemerkungen ueber die Carbaminsulfoessigsäure (Carbaminsulfoglykolsäure).* 2) *Ueber die Zersetzung des Eiweisses durch schmelzendes Kali.* 3) *Ueber den chemischen Mechanismus der Fäulniss*, jak niemniéj rozprawę Dra L. Briegera, *„Ueber die flüchtigen Bestandtheile der menschlichen Excremente,“* napisaną pod kierunkiem prof. Nenckiego, z któréj już zdaliśmy sprawę w Przegl. Lek.

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 9 (od 24 lutego do 2 marca) umarło w Krakowie osób 45; 25 mężczyzn i 20 kobiet; 23 osób w obwodach i 22 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 42,5; we Lwowie 34,0; w Poznaniu 22,1; w Wiedniu 34,1; w Budapeszcie 41,7; w Pradze 43,9; w Tryjeście 44,8; w Genewie 28,8; w Bazylei 13,6; w Paryżu 28,2; w Londynie 23,9; w Kopenhadze 23,9; w Stokholmie 21,6; w Chrystyjanii 20,8; w Petersburgu 61,6; w Odessie 30,4; w Bukareszcie 52,5; w Barcelonie 37,3; w Aleksandryi 35,8; w Berlinie 27,1; w Królewcu 37,3; w Monachijum 42,9; w Augsburgu 48,3; w Lipsku 24,0; w Dreźnie 21,0. Z chorób zakaźnych zmarło w tymże czasie w Krakowie osób 15, a mianowicie: z duru brzusznego osób 6, z duru powrotnego 7, z ropnicy 2. Chorych na dur powrotny przybywa mniéj do szpitalów, lecz śmiertelność z duru jest większa.

* **Lwów** d. 8 marca. *(Koresp. oryg.)* Wczoraj odbyło się nadzwyczajne posiedzenie krajowéj Rady zdrowia, na którém roztrząsano i przyjęto z małemi poprawkami stylistycznemi przedłożone przez członka Rady, prof. Czyżewicza sprawozdanie zdrowotne za rok 1876. Podajemy tu wnioski ostateczne, do których sprawozdawca dochodzi:

1) Dopóki Galicyja nie ma gmin zbiorowych, koniecznem jest dla zaprowadzenia jakiejkolwiek organizacyi sanitarnéj łączenie gmin w okręgi i ustanowienie wedle możności w tych okręgach lekarzy gminnych. 2) Należy przywrócić domy podrzutków, a względnie urządzić zakłady opiekujące się niemowlętami. W razie zgodzenia się na tę zasadę, Rada zdrowia gotową jest przedstawić odpowiednie wnioski. 3) Należy przeprowadzić stałą organizacyję lekarzy powiatowych; dotychczasowe bowiem prowizoryjum istnieje ze szkodą dla kraju i krzywdą dla stanu lekarskiego. 4) Należy postarać się o przygotowanie potrzebnéj liczby uzdolnionych lekarzy, przez urządzenie wydziału lekarskiego we Lwowie. 5) Należy postarać się o założenie w kraju rolniczym, jakim jest Galicyja, choćby jednéj szkoły weterynarskiéj. Przedewszystkiém potrzeba zwiększyć liczbę posad stałych weterynarzy rządowych i krajowych. 6) Obok ścisłego przestrzegania i uporządkowania przepisów tyczących się działalności akuszerek, zachodzi konieczna potrzeba ustanowienia płatnych posad akuszerek gminnych. 7) Należy postarać się o pomnożenie zakładów dla obłąkanych, a przynajmniéj o powiększenie istniejących. 8) Należy urządzić zakład krajowy dla głuchoniemych. 9) Należy wyjednać zmniejszenie ilości świąt i odpustów, celem uzyskania tym sposobem więcéj dni roboczych, a tém samém więcéj rąk do pracy. 10) Należy postarać się o wybudowanie zakładów dla położnic i urządzenie ich zgodnie z zasadami higijeny lekarskiéj. Rada zdrowia gotową jest wypracować odpowiednie wnioski. 11) Należy postarać się o to, aby w myśl ustawy z r. 1870 bez względu na przeprowadzić się mającą organizacyję lekarzy powiatowych już w roku bieżącym wprowadzono objazdy peryjodyczne lekarzy powiatowych w interesie statystyki głuchoniemych, obłąkanych i kretynów.

Wreszcie postanowiono wydrukowanie nieogłoszonego dotąd sprawozdania za r. 1875 oraz sprawozdania niniejszego wraz z tablicami statystycznemi.

* **Lwów** d. 12 marca. *(Koresp. oryg.)* Wczoraj odbyło się znów posiedzenie nadzwyczajne krajowéj Rady zdrowia; przedmiotem obrad była instrukcyja dla aptekarzy. Sprawozdawcą był Dr. Cassina, ze strony stanu aptekarskiego powołani zostali do udziału w obradach komisyi i do wczorajszego posiedzenia przełożeni gremijów aptek. we Lwowie i Krakowie, pp. Mikolasch i Gralewski. Instrukcyja, zawierająca cenne nowe dodatki, przeszła z małemi poprawkami; będzie ona ogłoszoną.

Następnie uczyniono wniosek naglący w sprawie wagonów kolei galicyjskich, które dotąd pozostają w Rumunii. Urzędnik wysłany do odbioru, z 1000 wagonów, które koleje galicyjskie mają w Rumunii, przyjął zaledwie 300; reszta bowiem, pominąwszy uszkodzenia, jest w najwyższym stopniu zanieczyszczona, bo użytą była do przewozu i przechowania chorych, przy czém nie przestrzegano względów higijenicznych. Ponieważ wagony te wejść mają na tory galicyjskie, zachodzi obawa, że wprowadzą do kraju zarazę. Rada zdrowia wnosi przeto, aby delegowano mięszaną komisyję sanitarną z Galicyi i Bukowiny, któréj zadaniem będzie wpuścić do kraju tylko wagony należycie oczyszczone i odwonione. Daléj wnosi Rada przeprowadzenie desinfekcyi wzdłuż całéj linii wszystkich kolei galicyjskich, po których wagony te przechodzić będą, oraz desinfekcyję Lwowa, dworca i miasta, gdzie z natury swojéj dłużéj zatrzymać się muszą.

* Piszą nam ze Lwowa, że konsul austryjacki w Dziurdżewie doniósł telegraficznie, że tamże wybuchł tyfus i księgosusz, i że wszelkie środki zaradcze okazały się daremnemi. Gdy więc Galicyi grożą wielkie niebezpieczeństwa. Władze nasze powinny w téj chwili podwoić czujność swoją, aby środki zaradcze a przedewszystkiém desinfekcyja przeprowadzone zostały należycie, sumiennie i wcześnie, w przeciwnym bowiem razie wiosna obdarzy kraj nasz smutnemi niespodziankami.

* **Wiedeń**. Jeszcze przed tygodniem ministerstwo wojny zarządziło pogotowie dla szpitali garnizonowych stolicy. *(W. med. Presse).*

* **Berlin**. Urząd kanclerski państwa niemieckiego wygotował projekt ustawy tyczący się obowiązku ciążącego na lekarzach donoszenia o pojawieniu się chorób dla ogółu niebezpiecznych. Przez choroby te projekt rozumie tylko cholerę i ospę. O pojawieniu się przypadku tych chorób obowiązani są donosić władzy policyjnéj w ciągu 12 godzin pod karą 100 marek, tak lekarz ordynujący, jakoteż głowa familii, lub właściciel domu, lub pomieszkania. *(W. med. Presse).*

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Wahl zamianowany prof. chirurgii w Dorpacie. — Docent prywatny Dr. Krabler w Gryfii zamianowany prof. nadzw. tamże.

* **Wiadomości osobowe.** W d. 8 bm. uzyskał stopień doktora w. n. lek. na uniwersytecie tutejszym p. Jarosław Waszak z Rozalówki na Ukrainie.

* **Nekrologija.** D. 2 bm. umarł w Berlinie tajny radzca zdrowotny i docent prywatny Dr. E. Ravoth, znany chirurg, licząc lat 61. Prace jego odnoszące się głównie do przepuklin, do chorób kości i stawów, jako też do aki- i desmiurgii są powszechnie znane. — W Paryżu umarł Dr. Voillemier, autor wielu prac chirurgicznych. — W Londynie umarł Dr. Karol Ritchie dawniéj znakomity praktyk w Glasgowie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **Czwartek** 21 marca br. (wyjątkowo z powodu posiedzenia Akademii Umiejętności) posiedzenie zwykle, na którém: 1) kol. Skórczewski dokończy odczytu o zwątleniu żołądka i jelit, 2) kol. Obtułowicz przedstawi najnowsze środki do wstrzykiwań podskórnych celem leczenia kiły i zda sprawę z własnych pod tym względem doświadczeń w klinice prof. Rosnera, 3) przyjdą do załatwienia niektóre sprawy administracyjne.

Po tém posiedzeniu odbędzie się posiedzenie komisyi sprawozdawczéj do Roczników Virchowa i Hirscha.

Sekcyja higijeniczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek dnia 19 marca o godz. 6téj po południu posiedzenie w gmachu Akademii, na którém wniesioną będzie 1) zmiana regulaminu, 2) sprawa założenia w Krakowie związkowéj stacyi doświadczalnéj dla badań chemiczno-drobnowidowych w celach higijenicznych, 3) Dr. Lutostański odczyta rozprawę: O ścianach, wyprawie ścian, pomalowaniu tychże i obiciach pokojowych ze stanowiska zdrowotnego. Część Isza o przenikliwości ścian dla powietrza z doświadczeniami co do przenikliwości dla powietrza rozmaitych materyjałów budowlanych u nas używanych.

Do numeru niniejszego dołącza się Sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego za r. 1877.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 23 Marca 1878. № 12. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Podał Prof. Dr **Korczyński.**

II.

Rak pierwotny w przewodzie wątrobowym (ductus hepaticus). Następowa marskość przerostowa wątroby (Cirrhosis hypertrophica hepatis). Kilka słów o ajtyjologii raka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11.)

Z protokółu sekcyi wykonanéj przez Doc. Dra Browicza wyjmuję następujące szczegóły: Opłucne po nad płatem górnym płuca prawego grubą błoną wrzekomą zrośnięte; opłucna w tém miejscu zgrubiała, złożona ze zbitéj włóknistéj tkanki. Cały prawie górny płat płuca prawego zajęty jest jamą wielkości dwóch pięści, któréj ściana zewnętrzna utworzona jest ze zgrubiałéj opłucnéj, zaś wewnętrzna i dolna ze szczątków miąższu płucnego, przekształconego w twardą, zbitą, czarno zabarwioną tkaninę. Postać jamy odpowiada postaci płatu górnego, zwężając się ku szczytowi płuca, tak, że średnica dłuższa bieży w kierunku równoległym do osi ciała. Wewnętrzna powierzchnia jamy jest dosyć gładka, pokryta w wielu miejscach wyniosłościami listewkowatemi, złożonemi ze zbitéj włóknistéj tkanki. W środku jamy mieści się nieznaczna ilość cieczy ropiastéj. W płacie środkowym znajdują się twarde, zbite, ciemno-szaro zabarwione guzy, zawierające gdzieniegdzie drobne ogniska serowate. Szczyt płuca lewego przedstawia zbitą, modzelowatą tkaninę, ciemno zabarwioną, wśród któréj tkwią drobne ogniska serowate ze stałéj masy złożone. Nadbrzeżne części obudwu płuc nadmiarowo powietrzem rozdęte. Wątroba miernie powiększona, powierzchnia jéj nierówna, w niektórych miejscach drobnoziarnista, w innych zaś gładsza. Ziarna wystające są barwy częścią żółtawéj, częścią zielonawéj, poodgradzane białawą tkanką pośrednią. W niektórych miejscach znajdujemy wyniosłości, odpowiadające powierzchownie położonym jamkom wśród miąższu wątroby, po nad któremi torebka jest zgrubiała. Na rozkroju znajdujemy wśród miąższu prawie jednostajnie zielonawo-żółto zabarwionego liczne, niektóre bardzo znacznie rozszerzone przewody żółciowe średnicy 1 — $2\frac{1}{2}$ cm., których ściany są zgrubiałe, treść zaś śluzowo-galaretowa, ciągnąca się, żółtawo zabarwiona. Około żółciowodów mniéj rozszerzonych znajdujemy tkankę łączną grubości 1go a gdzieniegdzie 2 mm., okalającą naczynia rozszerzone, wśród reszty zaś miąższu jednostajnie żółto-zielonawo zabarwionego znajdują się guziczki drobne, średnicy $\frac{1}{2}$ cm. mające, złożone z miękkiéj tkanki łącznéj, jakotéż liczne miejsca białawéj tkanki łącznéj, odgraniczającéj dosyć wybitnie poszczególne zraziki. Przewody żółciowe w pobliżu przewodu wątrobowego położone są bardzo znacznie rozszerzone, tak, że wątroba w tém miejscu okazuje na rozkroju wejrzenie gąbczaste. W początkowéj części przewodu wątrobowego w długości $3\frac{1}{2}$ cm. znajdujemy ściany przewodu do 3 mm. zgrubiałe, wewnętrzną powierzchnię nierówną, wyścieloną tkanką dosyć miękką, soczystą, obejmującą cały obwód przewodu. Na 2 cm. poniżéj tego pokładu nowotworowego znajduje się wyniosłość 4 mm. średnicy mająca, złożona z takiéj saméj tkanki. Reszta przewodu ku przewodowi żółciowemu wspólnemu nie okazuje żadnych zmian, tylko obwód jéj wynosi przeszło 2 cm. Obwód przewodu pęcherzykowego wynosi 1 a gdzieniegdzie $1\frac{1}{2}$ cm. Ściany pęcherzyka żółciowego cienkie, wewnętrzna powierzchnia gładka. Przewód żółciowy wspólny mierzy w obwodzie przeszło 2 cm., ściany jego cienkie i gładkie; przy ujściu do dwunastnicy błona śluzowa okalająca sam brzeg ujścia jest zgrubiała, opatrzona polipowatemi wybujałościami, które zwężały ujście tak, że przez takowe zaledwie cienki zgłębnik dał się swobodnie przeprowadzić. Przewód trzustkowy równie rozszerzony, 1 cm. w obwodzie mający, a ujście jego podobnie jak ujście przewodu żółciowego wspólnego zmienione. Błona śluzowa żołądka ciemno-szara, rozpulchniona, mocno zgrubiała, gęstym śluzem pokryta. Ta sama zmiana znajduje się w calém jelicie cienkiém osobliwie w dwunastnicy i w górnéj części jelita czczego. Jelito esowate zaglobione w prostnicę na 4 cale, daje się swobodnie z takowego wysunąć;

błona surowicza jelita wgłobionego prawidłowa, zaś błona śluzowa takowego zaczerwieniona i pokryta gdzieniegdzie wypociną błonicową. Gruczoły kreskowe dosyć znacznie powiększone, blade, zbitsze.

Ze zmian w innych narządach zasługuje na uwagę tylko krwotoczne zapalenie opony twardéj w ograniczonem miejscu nad obudwu półkulami mózgowemi.

Badanie drobnowidowe wykonane przez Doc. Dra Browicza wykazało: Wśród miąższu wątroby napotykamy tkankę międzyzrazikową nacieklą licznemi komórkami okrągłemi, który to naciek wsuwa się także między beleczki i komórki wątrobowe, tak, że w niektórych miejscach znajdujemy komórki wątrobowe prawie zupełnie pooddzielane. Tu i owdzie, jak już w opisie makroskopowym wspomniano, znajdują się guziczki przeważnie z włóknistéj tkanki złożone. Komórki wątrobowe w miejscach znacznego rozrostu tkanki śródmiąższowéj są zmniejszone, gdzieniegdzie wydłużone, w innych miejscach ziarniste i zawierają prócz znacznéj ilości barwika w kształcie ziarnek żółtych i ciemno-brunatnych także drobne krople tłuszczu.

W miejscu zgrubienia ściany przewodu wątrobowego owa tkanina miękka wyściełająca wewnętrzną powierzchnię składa się z tkanki łącznéj w pęczkach w kształcie sieci ułożonéj, w oczkach któréj tkwią komórki kształtu okrągławego o jądrze wielkiém, wybitném, częścią gęsto skupione, częścią złożone wśród jednostajnéj masy, ścinającéj się w delikatne włókienka po dodaniu kwasu octowego. Liczne te ogniska komórkowe w niektórych miejscach zespalają się z sobą, tworząc jednostajną sieć pasm komórkowych. Tkanka łączna podścieliskowa złożona jest przeważnie z wiotkiéj, cienkowłóknistéj tkanki z licznemi wrzecionowatemi komórkami. Bardziéj na zewnątrz ogniska komórkowe coraz mniejsze poprzegradzane są grubszemi pasmami włóknistéj tkanki, która w coraz większych ilościach i coraz zbitsza tworzy zewnętrzną warstwę ściany przewodu.

Uwagi epikrytyczne. Rak w przewodzie wątrobowym był pierwotnym, gdyż w żadnym innym narządzie nie wykryto nowotworu rakowego. Kamyków żółciowych tak często napotykanych przez innych autorów wcale nie było. W przewodzie żółciowym wspólnym znaleziono natomiast oznaki sprawy nieżytowéj, która szerząc się z żołądka na dwunastnicę wywołała w ujściu przewodu żółciowego zwężenie, uniemożebniające swobodny odpływ żółci, w skutek czego rozszerzył się tenże przewód. Co do czasu powstania i kolejności obudwu tych zmian twierdzić można na pewne, że zwężenie nieżytowe ujścia przewodu żółciowego wspólnego było zmianą dawniejszą, zaś rak w przewodzie wątrobowym zmianą świeższą, a zapatrywaniu temu odpowiada późny okres nieżytu napotkanego w żołądku i dwunastnicy, rozszerzenie znaczne przewodu żółciowego wspólnego i przerost gruczołów kreskowych.

Ponieważ obiedwie zmiany utrudniały odpływ żółci, przeto wpływ ich na wątrobę był jednakowy i polegał na rozszerzeniu przewodów żółciowych i na przewlekłém zapaleniu śródmiąższowém wątroby *(hepatitis interstitialis)*, z czego wnosić można, że podanie chorego, jakoby żółtaczka powstała nagle dopiéro na 5 tygodni przed przybyciem do kliniki, nie zasługuje na wiarę. Zapalenie to przedstawiało się anatomicznie jako marskość wątroby, czyli tak zwana przez Klebsa *(Handbuch. I. 435)* postać ziarnista zapalenia śródmiąższowego, w przeciwstawieniu do postaci gładkiéj (gdzie zmiany śródmiąższowe rozpościerają się jednostajnie w całéj wątrobie, a powierzchnia pozostaje gładką). Wątroba nie przedstawiała jednakże obrazu zwykłéj marskości zanikowéj *(cirrhosis atrophica)*, gdzie wymiary wątroby w miarę coraz większego kurczenia się tkanki łącznéj coraz bardziéj maleją, lecz marskości przerostowéj *(cirrhosis hypertrophica)*, gdyż mimo rozległego nacieku komórkowego międzyzrazikowego i wybitnych pasm łącznotkankowych i mimo powierzchni ziarnistéj wątroba była powiększoną, a naciek komórkowy nie tylko obejmował zraziki, ale nadto wsuwał się w samo wnętrze takowych pomiędzy komórki wątrobowe. Bliższe opisywanie téj choroby, określonéj bliżéj i nazwanéj najpierw przez Requina i Gublera jeszcze w piérwszéj połowie naszego stulecia, a mimo to znanéj dotąd prawie wyłącznie lekarzom francuskim, jest tém bardziéj zbyteczne, że w literaturze polskiéj znajduje się dokładne streszczenie obecnego stanowiska nauki pod tym względem w pięknéj rozprawie Wł. Gajkiewicza *(Medycyna* 1877. Nr. 17 i nast.), jakoteż w sprawozdaniu o dziele Charcota o chorobach wątroby, napisaném z gruntowną znajomością rzeczy przez A. Kwaśnickiego *(Przegl. Lek.* 1877. str. 608.).

Zagłoba jelita esowatego w prostnicę, która nastała w ostatnich dniach życia, przydarza się niekiedy u ludzi wynędzniałych dotkniętych długotrwałą biegunką i niewymaga bliższego omawiania, to samo tyczy się równoczesności raka i suchot płucowych, o któréj już dawniéj *(Przegl. Lek.* 1871. Nr. 1.) miałem sposobność wypowiedzenia swego zdania. Zapalenie krwotoczne opony mózgowéj twardéj o tyle w danym przypadku ma znaczenie kliniczne, o ile przyczyniało się do powiększenia objawów pochodzących z zakażenia krwi składnikami żółci.

Ważniejszą jest rzeczą rozstrzygnąć pytanie, czy zachodzi związek między nieżytem dróg żółciowych a względnie zastojem żółci w takowych a rakiem i czy związek ten jest jest bezpośrednim, czy tylko pośrednim. Odpowiedź na to pytanie zawisła w części od orzeczenia, czy nieżyty błon śluzowych w ogóle mogą przechodzić bezpośrednio w raka. Dawniejsi autorowie możność wytwarzania się raka z nieżytów uważali jako pewnik, że tylko dla przykładu przytoczę zdanie wypowiedziane co do nieżytu żołądka przez van Swietena i Boerhaavego (Aphor. §. 956), które co do nieżytów w ogóle wyznaje jeszcze Wunderlich w 2giém wydaniu swego obszernego dzieła z r. 1853 *(Handbuch der Path. und Ther. II. 73.)*. Istotnie przydarza się niezbyt rzadko, że po długoletniém trwaniu objawów nieżytu, ostatecznie rozwija się w tym samym narządzie rak. O fakcie tym wspomina nie tylko Bamberger *(Krkh. d. chylop. Syst. 279.)*, Leube *(Ziemssens Handbuch VII. 2. H. 125.)* i inni: uwydatniał go często Dietl w swych wykładach klinicznych, a niemal każdy praktyk przytoczyć może przypadki tego rodzaju z własnego doświadczenia. Obok tych spostrzeżeń klinicznych istnieją spostrzeżenia anatomo-patologiczne, które przemawiać by mogły za związkiem między zapaleniem a rakiem, np. rozwijanie się raka w miedniczce nerkowéj dotkniętéj nieżytem kamyczkowym, w bliznach po wrzodzie okrągłym żołądka i t. p. Również zdawałoby się odpowiadać temu obecne stanowisko o rozwoju morfotycznym raka, a mianowicie zdanie wypowiedziane najpierw przez Waldeyera *(Virchows Archiv*, T. 41 i 55) a obecnie przyjęte bądź w zupełności bądź z pewnemi ograniczeniami przez przeważną część uczonych (Billroth, Klebs, Lücke, Rindfleisch, Rudniew, Thiersch), że komórki rakowe nie powstają z komórek łącznotkankowych, jakto utrzymywał Virchow, lecz z istniejących

komórek przybłonkowych w obszerniejszém słowa znaczeniu, a na błonach śluzowych najczęściéj z przybłonków wyściełających gruczoły. Jednakże inne ważne okoliczności nie pozwalają przypuszczać **bezpośredniego** przeobrażania się nieżytu w raka, a mianowicie nie odpowiada temu częstość nieżytu na pewnych błonach śluzowych przy rzadkości z jaką napotyka się na takowych raki, spostrzeżenia wykazujące np. bardzo częste nieżyty żołądka w Egipcie i Meksyku przy bardzo rzadko przydarzających się tamże rakach (Griesinger, Heinemann), pojawianie się raków przeważnie w wieku późniejszym, podczas gdy nieżyty po największéj części nie okazują tego związku z wiekiem, jak niemniéj to, że jeszcze żadnemu z nowszych badaczy nie udało się wykazać anatomicznie bezpośredniéj przemiany nieżytu w raka, pomijając już niemożność sztucznego wytworzenia raka na błonie śluzowéj, na któréj wywołano sztuczny nieżyt (gdyż dotąd nie udało się na pewne nikomu wzniecić sztucznie raka u zwierząt w jakimkolwiek narządzie). W obec tego wolno tylko przypuszczać, że nieżyt może być momentem usposabiającym do powstania raka, lub stósownie do zapatrywania na ajtyjologiję raków w ogóle momentem wywołującym, jeżeli jest dane usposobienie do raka, dalej że nieżyt o tyle stać może w związku z rakiem, o ile wytwarza niekiedy ukleje (polipy), które następnie przybrać mogą cechę rakową; nie można zaś według obecnego stanu nauki głosić o przeobrażeniu się **bezpośredniém** obydwu spraw chorobowych.

Jedną z największych zdobyczy medycyny nowoczesnéj jest coraz bardziéj ustalające się przekonanie, że rak jest zawsze zrazu chorobą miejscową, a dopiéro rozsiewając się w inne narządy, lub podkopując żywotność ustroju staje się chorobą ogólną a zasługa pod tym względem należy się przeważnie Virchowowi. Prawie z każdym rokiem maleje liczba zwolenników swoistéj skazy krwi *(specifische Dyskrasie)* lub jadu krwi *(blood-poison)* jako przyczyny raka. Z teoryj powstawania raka obecnie na porządku dziennym stojących zasługują przedewszystkiém na uwagę teoryje Virchowa, Cohnheima i Benekego jako najogólniejsze i w jednolity system ujęte. Virchow *(Geschwülste* I odczyt 4 i 5) kładzie główny nacisk na drażnienie miejscowe tkanin, lubo nie zaprzecza, że ogólne zboczenia odżywcze ustroju lub przebyte choroby wywołujące zmiany w mięszaninie krwi lub poszczególnych narządach mogą usposabiać do raka, jak nie mniéj, że bodziec drażniący tkaniny może być wewnętrznym a więc ustrojowym. Beneke *(Pathol. d. Stoffwechsels 205 i D. Arch. f. kl. Med. XV. 538.)* jest bezwzględnym zwolennikiem podstawy konstytucyjonalnéj raka, i twierdzi, że do powstania raka potrzeba przedewszystkiém nieprawidłowéj mięszaniny soków. Ten nieprawidłowy skład soków w przeciwstawieniu do dawnego pojęcia skazy *(dyscrasia)* nie przedstawia nic swoistego, lecz polega na zboczeniu ilościowém lub jakościowém w przemianie pierwiastków, na zwichnięciu prawidłowéj proporcyi pierwiastków, właściwa zaś podstawa takowego jest ustrojowa i tkwi we wrodzonych lub nabytych zmianach poszczególnych narządów. Polegające na tych dwóch warunkach usposobienie do raka, tak samo jak usposobienie do suchot płucowych l. t. p. może pozostać przez całe życie utajoném, jeżeli indiwiduum żyje pośród stosunków korzystnych dla prawidłowéj przemiany pierwiastków, w przeciwnym razie osobliwie przy zadziałaniu bodźców zewnętrznych, lub przy zwiększonéj czynności fizyjologicznéj, rozwija się nowotwór. W późniejszéj pracy *(Anat. Grundlagen d. Constitutions-Anomalien 245.)* kładzie Beneke jeszcze większy nacisk na podstawy anatomiczne, które polegać mają na silnéj budowie kośćca, dobrym rozwoju mięśni, tkanki tłuszczowéj i serca, obok obszerności tętnicy głównéj, wąskości tętnicy płucnéj, małości płuc a dobrze rozwiniętéj wątroby. Ztąd bezpośrednio ma wynikać upośledzenie rączości utleniania, zwiększenie czynności wątroby objawiające się przeważnie wytwarzaniem większéj ilości kwasów żółciowych i cholesteryny, przyspieszenie wsysania tłuszczów i ułatwienie przenikania między krwią a tkaninami, któreto zboczenia w przemianie pierwiastków mają być właściwém tłem ajtyjologiczném raków. Cohnheim *(Vorlesungen ü. allg. Pathol.* I. rodz. VII.) przyjmuje dla wszystkich nowotworów podstawę jeszcze z czasów życia płodowego i upatruje takową w komórkach nadmiarowych to jest wytworzonych w ilości większéj, aniżeli potrzeba było do budowy pewnego narządu, komórki te wytworzywszy się w bardzo wczesnym okresie życia płodowego, prawdopodobnie w czasie rozdziału pierwotnych blaszek zarodkowych, właśnie z powodu swéj przyrody zarodkowéj mogą posiadać wielką skłonność do bujnego rozmnażania się. Obecność tych komórek stanowić ma usposobienie miejscowe pewnego narządu lub całego systemu np. skóry, kości i t. p. do nowotworów, w miarę tego, czy komórki nadmiarowe znajdują się w jednym narządzie lub rozsiane są na większéj przestrzeni dawnéj blaszki zarodkowéj. Rodzaj nowotworu zależeć ma od rodzaju tkaniny, mieszczącéj w sobie ukryte komórki zarodkowe. Do powstania nowotworu potrzeba jednakże jeszcze drugiego warunku, a mianowicie osłabienia tkaniny lub narządu czyli zmniejszenia jéj oporności fizyjologicznéj *(physiol. Widerstandsfaehigkeit)*, które to ostatnie może być wywołane urazem, zapaleniem, wiekiem póżnym, lub dziedzicznością.

Nie mogąc na tém miejscu wdawać się w krytyczny rozbiór i bliższe oceniania powyższych teoryj, namienić tylko muszę, że każda z nich tylko warunkowo zadowala, a to głównie z powodu, że każda jest zanadto wyłączną. Teoryja Virchowa grzeszy przeważnie przecenianiem wpływu drażnienia miejscowego z pominięciem wpływu ogólnych zboczeń odżywczych. Teoryja Benekego lubo bardzo ponętna i jak wszystkie prace tego znakomitego uczonego otwiera nowe pole badania, jest zanadto śmiałą, gdyż opiera się dotąd na nieznacznéj liczbie spostrzeżeń. Teoryja Cohnheima, która jest dalszém rozszerzeniem dawniejszéj teoryi Baillego o usposobieniu miejscowém narządów, również mało uwzględnia ogólne zboczenia odżywcze. Być może, że prawda leżeć będzie po środku i że dojdą do niéj dopiéro przyszłe pokolenia. Przypadek powyższy raka, gdzie drażnienie przewodów żółciowych przez żółć niemogącą swobodnie odpływać, nie ulega wątpliwości, zdaje się przemawiać za teoryją Cohnheima głównie dlatego, że zastoje żółci w żółciowodach zdarzają się często u ludzi z rozmaitém usposobieniem ustrojowém, a mimo to rak w przewodach żółciowych właściwych należy do wielkich rzadkości.

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Rydla w Krakowie.

O działaniu ezerynu w jaskrze.

Podał asystent Dr. Wurst.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11.)

Przypadek ósmy i dziewiąty.

Glaucoma inflamat. subacut. o. d. acutum o. s. C. S., izraelitka z Dynowa, licząca lat 43, zamężna, przybyła do kliniki

kliniki dn. 15 lutego b. r. Od 10 lat spostrzegała chwilowe zamglenie wzroku i barwne kręgi przed okiem prawém. Przed 8 tygodniami wystąpiły nagle, bez wiadoméj przyczyny, silne bole w prawéj skroni i oku, równocześnie ze znacznem upośledzeniem wzroku prawego oka. Po kilku dniach zwolniał ból głowy i poprawił się nieco wzrok. Co do oka lewego, nie spostrzega żadnych przypadków, i nie skarży się na upośledzenie wzroku.

Stan obecny: Oko prawe: Gałka oczna twarda jak kamień; nastrzykanie rzęskowe znaczne, powierzchnia rogówki gładka, przodkowa komórka płytka, źrenica rozszerzona, nieruchoma, nie zupełnie okrągła; z po za źrenicy odblask szarawy. Oko to liczy palce na wprost trzymane na 5 mtr., ku zewnątrz na 5 mtr., w pobliżu poznaje z + 2 D. Nr. 300 Burch. Pole widzenia okazuje znaczne ścieśnienie od góry i wewnątrz i mierzy w kierunku pionowym 87° a w poziomym 95°. Wziernik: środki łamiące czyste, tarcza nerwu wzrokowego szarawo-różowa, okazuje głęboką ekskawacyję, która tylko od góry i zewnątrz sięga do granicy tarczy; w tych miejscach naczynia zupełnie przerwane; w innych kierunkach tylko lekko pozaginane. Żyły grubsze, tętnice prawidłowe, a pień tętniczy dążący ku górze i wewnątrz okazuje bardzo piękne tętnienie. Oko lewe: Napięcie wyższe niż w stanie prawidłowym, nastrzykania rzęskowego nie ma. Przodkowa komórka głębsza niż w oku prawém, tęczówka reaguje energicznie. Em. $S = {}^6/_9$ w pobliżu z + 1 D Nr. 40 Burch. Pole widzenia prawidłowych wymiarów. Wziernik: środki łamiące czyste, tarcza nerwu wzrokowego i naczynia prawidłowe, tylko te naczynia, które dążą ku górze, okazują na brzegu tarczy podejrzane zagięcia.

Od d. 15—20 lutego stósowano do obu óczezeryn, i to bardzo energicznie, gdyż zakraplano go 6 razy dziennie w przestankach co pół godziny. Mimo wszystkiego skutek nie odpowiedział oczekiwaniom. Stwierdziliśmy wprawdzie małą poprawę wzroku, gdyż chora liczy palce na wprost trzymane na 5 metr., podczas gdy przedtem liczyła je tylko na 2 metr., osiągnęliśmy także niejakie zwężenie źrenicy, ale stan napięcia oka nie zmieniał się wcale, nawet chwilowo, a tętnienie tętnicze utrzymywało się stale. W obec tego więc względu, a daléj z przyczyny, że chora nie dobrze znosiła ezeryn, gdyż za każdém wkropleniem uskarżała się na bardzo silne bóle głowy, wykonano w d. 20 lutego wycięcie tęczówki oka prawego. Przebieg operacyi i przebieg gojenia się rany prawidłowy.

Przez cały czas pobytu choréj w klinice stan oka lewego nie zmieniał się wcale, ezeryn nie zdołał sprowadzić wyraźnego zniżenia ucisku śródocznego, a źrenica nie zwężała się także w tym stopniu, jak to w innych przypadkach bywało. Dnia 25 lutego wystąpiło znaczne nastrzykanie rzęskowe, które wzmogło się pod wieczór; napięcie oka bardzo znaczne, spojówka gałkowa obrzmiała, powierzchnia rogówki chropawa, przodkowa komórka płytka, źrenica szeroka; silne bóle rzęskowe. Wziernik wykazuje tak znaczne zamglenie ciałka szklanego, że tarczy nerwu wzrokowego widzieć nie można. Zalecono ezeryn i wstrzyknięto podskórnie morfin w ilości 1 ctgrm.; nazajutrz zelżały nieco przypady zapalne, $S = {}^6/_{36}$.

D. 28 lutego wykonano irydektomiję na o. l. gdyż ucisk śródoczny utrzymywał się w wysokim stopniu, jakkolwiek napięcie oka nie było tak znaczne jak w chwili wybuchu jaskry ostréj. Przebieg operacyi prawidłowy, a chora pozostaje jeszcze w klinice.

Z dotychczasowéj dość szczupłéj ilości przypadków spostrzeganych w naszéj klinice nie mam bynajmniéj zamiaru wyprowadzania wniosków stanowczych co do leczniczéj wartości ezerynu, jak niemniéj nie myślę rozstrzygać pytania, w których to właściwie przypadkach jaskry będzie użycie ezerynu wskazaném, w których zaś przeciwnie byłby stósowany bez skutku, albo nawet ze szkodą dla oka: niechaj mi jednak wolno będzie wypowiedzieć kilka uwag, które się nasuwają z zestawienia powyższych przypadków.

I. Ezeryn zniża ucisk śródoczny w przeważnéj liczbie przypadków jaskry, prostéj albo zapalnéj; obniżenie to występuje niekiedy zaraz po pierwszém wkropleniu, niekiedy zaś pomimo energicznego stosowania leku dłużéj na zmianę w ucisku czekać nam wypada. Zwrot ten korzystny w napięciu gałki nie jest jednakże zawsze stałym, i częste pod tym względem widzimy wahania. Z naszych przypadków, w dwóch tylko zawiodła dzielność ezerynu, gdyż nie można było stwierdzić stanowczego zniżenia ucisku śródocznego, w siedmiu zaś osiągnęliśmy widoczny skutek.

II. Skuteczność systematycznego używania ezerynu jest jednaką, a mianowicie zdają się zachodzić pewne różnice pomiędzy jaskrą prostą a zapalną. Zbyt mała liczba naszych spostrzeżeń, jak w ogólności znanéj kazuistyki, nie dozwala jeszcze w téj mierze na orzeczenie stanowcze, czy ezeryn pomocniejszym może będzie w przypadkach jaskry prostéj, a mniéj skutecznym w jaskrze zapalnéj, albo przeciwnie. Jaskry prostéj spostrzegaliśmy tylko dwa przypadki; w jednym z nich (1) osiągnęliśmy skutek bardzo dobry, gdyż prawidłową niemal bystrość wzroku i rozszerzenie pola widzenia, chociaż niezbyt znaczne, w drugim zaś (4) musiano wreszcie dokonać wycięcia tęczówki. Co do ostatniego przypadku, zwrócę tylko uwagę na tę okoliczność, że przypady jaskry trwały, jak chory sam podaje, lat cztery, a prawdopodobnie i dłużéj, że więc przypuściwszy prawdziwość twierdzeń Webera i Kniesa co do istoty jaskry, zmiany anatomiczne były może tego rodzaju, że działanie ezerynu nie mogło zwalczyć destrukcyjnego wpływu zarośnięcia przestworu Fontany. Odnosząc rzecz do jaskry zapalnéj zauważyć muszę, że mieliśmy tylko jeden przypadek jaskry ostréj, dwa jaskry przyostréj, a cztery przewlekłe zapalnéj. Otóż w liczbie tych siedmiu spostrzeżeń notujemy pięć razy wycięcie tęczy, wskazane przebiegiem choroby, dwa razy tylko udało się przywrócić prawidłowe warunki krążenia, a tém samém zbyteczną uczynić operacyję; aczkolwiek trudną jest dziś rzeczą, zawyrokować stanowczo, czy wyniki leczenia okażą się trwałemi i czy wcześniéj lub późniéj nie zajdzie potrzeba interwencyi zbrojnéj. Jakim zaś wpływom i przyczynom zawdzięczyć należy, że w dwóch tych przypadkach obeszło się bez operacyi, wytłumaczyć sobie nie umiem, gdyż pominąwszy jeden (6), w którym przypady jaskry trwały lat kilka, reszta wszystkie były przypadki trwające zaledwo po kilka miesięcy albo tygodni, i nie różniły się pomiędzy sobą ni co do przebiegu, ni téż stanu obecnego żadnemi szczególniejszemi przypadami, zkąd téż trudność tłumaczenia, dla czego ezeryn w jednéj części przypadków działał ze skutkiem, czasowo przynajmniéj stałym, w drugiéj zaś chwilowo tylko obniżał ucisk śródoczny. Wyrażając rzecz liczbami, zapisujemy wynik dodatni w 28·5% przypadków.

W powołanym powyżéj artykule Laqueura znachodzimy wzmiankę, że ezeryn może tak samo jak wycięcie tęczówki skuteczniéj działać będzie w tych przypadkach jaskry prostéj, w których wybitne znachodzimy podwyższenie ucisku

śródocznego, mniéj zaś może dzielnym okaże się tam, gdzie podwyższenie ucisku śródocznego miernego tylko jest stopnia, natomiast wybitnie jaskrawą znachodzimy ekskawacyję.

Nasze doświadczenia zdają się przemawiać przeciwnie, a przynajmniéj nie stwierdzają zdania Laqueura, gdyż właśnie w tym przypadku jaskry prostéj, w którym ucisk śródoczny był bardzo znacznie wygórowany, zawiódł ezeryn (4), a w przypadku, w którym podwyższenie ucisku śródocznego miernego tylko było stopnia (1) do dalszych dojść zdołaliśmy wyników. W ogólności rzecz biorąc, rokuje L. jaskrze zapalnéj lepsze nadzieje, niż jaskrze prostéj.

III. Przypady przewlekłe zapalne, towarzyszące jaskrze, nie stanowią przeciwwskazania do używania ezerynu, jak o tém pouczają liczne przypadki jaskry zapalnéj.

IV. Chcąc sobie ostatecznie i ściśle wytłumaczyć sposób działania ezerynu w jaskrze, napotykamy na znaczne trudności, łatwe jednak do pojęcia, jeżeli zważymy, że istota choroby, przeciwko któréj występujemy, nie jest nam jeszcze dokładnie znaną. Najsnadniéj jeszcze wypadnie może tłumaczenie nasze, jeżeli za zasadę przyjmiemy pracę Harnacka i Witkowskiego z któréj wypływa, że ezeryn pobudza włókna mięsne gładkie, w ten sposób sprowadza zwężenie światła naczyń śródocznych, a tém samém wstrzymuje nadmierne wydzielanie do ciałka szklannego. Jeżeli dodamy do tego jeszcze znaczenie wpływu, jaki Weber *(Arch. f. Ophth. XXIII. 1.)* i Knies *(Arch. f. Ophth. XXII. 3)* przypisują zmniejszeniu, zwężeniu, lub zgoła zarośnięciu przestworu Fontany, jeżeli się zgodzimy z tymi badaczami na twierdzenie, że w mowie będąca zmiana tworzy rzeczywiście istotę jaskry, a mianowicie przez upośledzenie wnikania i wynikania, jeżeli daléj zważymy, że ezeryn może w tych przypadkach, gdzie jeszcze nie nastąpiły zrosty, odciągnąć obwodowe części tęczówki ku środkowi oka, a tém samém przywrócić przestwór Fontany i warunki prawidłowego wnikania i wynikania, będziemy mieli z połączenia tych dwóch czynników znośną teoryję, która na razie przynajmniéj wystarczyć musi, zanim dalsze badania jéj nie stwierdzą albo nie obalą.

Jakikolwiek byłby jednak sposób działania ezerynu na oko zajęte jaskrą, tyle jest pewném, że przywraca on równowagę w krążeniu, tém samém w odżywianiu poszczególnych części oka, ztąd téż pochodzi, że pod wpływem tego leku wygładza się powierzchnia rogówki, ustępują osady z tylnéj jéj ściany, oczyszcza się ciałko szklane i ustają silne bóle nerwowe, szarpiące pacyjentów. W równéj mierze z ustępowaniem powyższych zmian anatomicznych poprawia się także bystrość wzroku. Rozumie się samo przez się, że tam, gdzie znaczniejsze zmiany chorobowe, wywołane długotrwałém podwyższeniem ucisku śródocznego, wystąpiły w samym nerwie wzrokowym i siatkówce, tam ezeryn zarówno jak i wycięcie tęczówki poprawy wzroku sprowadzić nie może.

V. Wartość lecznicza ezerynu w jaskrze jest na dziś jeszcze problematyczną, jak równie bardzo wątpliwą jest rzeczą, ażeby lek ten zastąpić mógł irydektomiję w przeważnéj przynajmniéj liczbie przypadków; nie mniejszą pomimo tego przypiszemy mu wartość, jeżeli zdoła operacyję na czas dłuższy odwlec, jeżeli nie zupełnie usunąć.

VI. Niezmiernéj doniosłości jest wartość ezerynu jako leku profilaktycznego. Dość wspomnieć tylko o tych przypadkach jaskry zapalnéj, która prowadzi do ślepoty z téj prostéj przyczyny, że pacyjent nie ma na razie sposobu wybrać się w daleką drogę do operatora, a daléj o przypadkach jaskry ostréj, gdzie krótkie nieraz chwile wystarczą, ażeby oko straciło wszelkie poczucie światła.

Z tych powodów byłoby rzeczą pożądaną, ażeby farmakopea rakuska przyjęła ezeryn w poczet leków obowiązkowych, które w każdéj aptece znajdować się powinny.

III. Przypadek afazyi urazowéj *(Aphasia amnestica chron. traumatica)* oraz uwagi sądowo-lekarskie nad afazyją w ogóle.

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok.**

Od czasu pamiętnych rozpraw nad lokalizacyją mowy, mianych w towarzystwie antropologiczném paryskiém (4 kwietnia 1861), odkąd następnie we dwa lata późniéj Broca ogłosił znaną swą pracę o zbiorze objawów, zwanym przez niego afemiją, a nieco późniéj przez Trosseau'a afazyją, zmiany te utrzymując się ciągle na porządku dziennym zajmują lekarzy, którzy już to starają się je wytłumaczyć, już to gromadzą nowe przypadki, już téż to wreszcie śledzą za śladami opisu tych zboczeń w czasach dawniejszych. Nie ulega wątpliwości, że począwszy od Pliniusza starszego, aż do Goethego, (który, jak to wykazał Jastrowitz przed kilku laty w *Berl. klin. Woch.*, w swoim *Wilhelm Meister* opisuje nader trafnie przypadek afazyi), od lekarza Schenkiusa (w 2giéj połowie 16go wieku), aż do Lordata (1820), Bouillauda (1825), i Daxów ojca i syna, 1836—1863 szczególne przypadki tych zmian uderzających znalazły pewne uwzględnienie i znów poszły w zapomnienie. (Porówn. Spamera, *Uiber Aphasie u. Asymbolie, Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkr. VI, 2, str. 496—542)* W ostatnim dziesiątku lat dopiero afazyja pozyskała historyję swoją i obfitą literaturę. Niema może obecnie lekarza, któryby w praktyce swojéj z nią nie spotkał się już, bo téż objawy jéj są tak charakterystyczne, że przeoczyć jéj niemożna. Lecz podczas gdy najczęściéj zdarzają się przypadki afazyi ostréj lub przewlekłéj z przyczyn wewnętrznych, to jest w skutek zboczeń w mózgu powstałéj, to o wiele rzadziéj spotykamy się z afazyją będącą następstwem obrażenia czaszki i mózgu a już nader rzadko z takiemi przypadkami urazu afazyję wywołującego, które stają się przedmiotem dochodzenia sądowego.

Za pierwszy przypadek afazyi urazowéj bezsprzecznie uchodzić może opisany kilku słowy przez Pliniusza *(Ictus lapide oblitus est litteras tantum)*; w nowszych czasach lekarz wojskowy francuski Bonnafont *(Schmidts Jahrb.* Bd. 56. str. 10), zestawił 6 przypadków, z których atoli jeden (ostatni) jest rzeczywistym przypadkiem afazyi; następnie opisali przypadki afazyi urazowéj: Duval (Font-Réaulx, *Localisation de la faculté spéciale du langage articulé, Paris 1866)*, Bergmann *(Allg. Zeits. f. Psychiatr. 1869)*; Th. Simon *(Berl. klin. Woch.* 1871 Nr. 45—50), prof. Wernher w Giessen *(Virchows Archiv.* 1872 T. 56 str. 289—305), Boinet *(Gaz. des Hôp.* 1872, Nr. 30), i Clarus (1874 *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 5 przypadków u dzieci.)

Zapewnie nierównie więcéj znajdzie się opisanych przypadków afazyi urazowéj, byłoby nawet rzeczą dziwną, gdyby ich w literaturze chirurgicznéj nie było. Natomiast w literaturze sądowo-lekarskiéj pomimo skrzętnego poszukiwania udało mi się znaleść tylko jeden przypadek afazyi urazowéj, któ-

ra stała się przedmiotem dochodzenia sądowego, a mianowicie przypadek przytoczony w dziele Caspra-Limana *(6te Aufl. I Bd.* str. 121—326), o którym późniéj jeszcze wspomnę. Zresztą ani w nowszych dziełach sądowo-lekarskich, ani w zbiorach orzeczeń Maschki, Friedberga, nie znachodzimy przypadku afazyi urazowéj. Ponieważ więc przypadek, do opisania którego przystępuję, jest dopiero drugim w literaturze sądowo-lekarskiéj, ogłoszenie onego już z tego powodu jest wskazaném.

Maryjanna J., lat 23 licząca, dziewczyna wiejska, matka jednego dziecka, które sama karmiła, poprzednio na ciele i umyśle zdrowa, uderzoną została d. 13 maja 1876 roku w głowę po stronie lewéj kijem sękatym, w skutek czego natychmiast upadła i leżała bezprzytomna przez godzinę blizko na miejscu, poczém przez dwoje ludzi zawleczona do domu i do łóżka położona, miała przez cały miesiąc leżeć bezwiednie, przez który to czas oddawała mocz i kał pod siebie, wymiotowała, krzyczała, jednak ani razu nie przemówiła. W parę dni po obrażeniu akuszerka wiejska wydobyła choréj z rany głowowéj kawałek drzewa, który jako corpus delicti znajduje się w aktach. Po upływie miesiąca chora zaczęła przychodzić do siebie i wstawać, oraz mówić, ale nie zrozumiale. Rana głowowa zagoiła się ostatecznie dopiero po upływie 3 miesięcy, podobno po odejściu kilku kawałków kości.

Obrażona po raz pierwszy zbadaną została i to w domu u siebie przez lekarzy sądowych (Drów J. i O.) w dniu 18 maja, a więc w 5 dni po doznaném obrażeniu. Znawcy znaleźli ją leżącą w łóżku, bez władzy, samowiedzy i mowy; czopek zbacza ku prawéj, lice lewe obrzękłe, lewy kąt ust podniesiony, prawy obwisły, źrenice prawidłowe. Na czaszce po stronie lewéj 3 cm. po nad uchem rana 2 cm. długa, 1 cm. szeroka, o brzegach nieco wzniesionych, z głębi wydobywa się ropa z krwią zmięszana, zgłębnik w tylnym końcu rany wchodzi na $2^1/_2$ cm. i napotyka kość chropawą, po któréj zeskakuje głębiéj i porusza odłamek kostny. Orzeczenie znawców opiewało: Złamanie łuski kości skroniowéj lewéj, objawy mózgowe, rokowanie: śmierć albo przynajmniéj słabość nad dni 30 trwająca, połączona z niebezpieczeństwem dla życia i trwałém upośledzeniem ruchów.

W miesiąc późniéj, d. 18 czerwca, Maryjanna J. na wezwanie przybyła na wozie do sądu w J. i tam ponownie badaną była przez 2 lekarzy (Dra G. i chir. K.) Znawcy ci znaleźli co następuje: Po lewéj stronie głowy i to 3 cm. po nad uchem lewém blizna podłużna $1^1/_2$ cm. długa, 4 mm. szeroka, ukośna, w środku blizny strupek pokrywający świeżą ziarninę mięsną, w którą zgłębnik wprowadzony wchodzi pionowo $1^1/_2$ cm. napotykając kość obnażoną i chropawą; w kości saméj jest wyżłobienie $1^1/_2$ cm. długie a 1 cm. szerokie, a z rany sączy się płyn brudny, nieco krwawy. Na pytania badana odpowiada pomrukując od czasu do czasu nader ciężko i niezrozumiale. Słuch po stronie lewéj zdaje się być bardzo upośledzonym, źrenice prawidłowe, wyraz twarzy ponury, czasem rodzaj osłupienia zdradzający. Ciepłota prawidłowa, tętno jednak 100. Badana odżywia się tylko pokarmami na pół płynnemi, stałe odtrącając od siebie. W ogóle władze umysłowe znajdują się w stanie otrętwienia i niedołęstwa, tak że od choréj saméj niczego się dowiedzieć nie można. Ruchy upośledzone; badana siedzi po największéj części bezczynnie, albo leży; idąc stąpa nadzwyczaj powoli, niepewnie i niezgrabnie, potyka się łatwo i szuka punktu oparcia. — Orzeczenie znawców brzmi: Obrażenie i dołeczkowate zaklęknięcie kości skroniowéj; w skutek obrażenia głowy upośledzenie ruchu oraz przytępienie władz umysłowych i zmysłowych znaczne, gdyż złamanie się kości skroniowéj wywiera ciągły nacisk na mózgowie. Obrażenie jest bardzo ciężkie, połączone z niezdolnością do pracy, z kalectwem i niedołęztwem fizyczném i umysłowém, prawdopodobnie stałém, gdyż tylko za pomocą odpowiedniéj operacyi możnaby pokusić się jeszcze o zniesienie ucisku mózgowego i polepszenie stanu zdrowia.

Ponieważ orzeczenie to niebyło dość stanowczém oraz dla ważności przypadku Maryjanna J. wezwaną została na dzień 25 września do Krakowa, a Sąd krajowy poruczył zbadanie ponowne i wydanie stanowczego orzeczenia sprawozdawcy razem z kol. Buszkiem. Badanie nasze, w dniu wspomnionym uskutecznione, wykazało co następuje:

Nad kością skroniową lewą w pionie i na 2 palce powyżéj małżowiny usznéj lewéj na skórze blizna świeża, jasnoczerwona, przy dotyku jeszcze bolesna, 3 cm. długa, przesuwalna, w dolnéj połowie zagłębiająca się; przy obmacaniu jéj czuć wyżłobienie w kości dość głębokie i tak obszerne, że w nie włożyć można brzusiec palca dużego. Chód badanéj nie przedstawia zboczenia uderzającego, jednak noga prawa jest nieco słabszą, aniżeli lewa, a badana wlecze ją nieco za sobą; jest ona jednak w stanie nie tylko stać ale i chodzić przy zamkniętych oczach, jak również stać na jednéj nodze, aczkolwiek nie długo. Źrenica, mięśnie twarzowe i język nie zbaczają. Czucie nigdzie nie jest upośledzoném. Ciepłota prawidłowa, tętno 78. Stan umysłowy przytłumiony, usposobienie ponure, obojętność dość znaczna, pojętność atoli nie jest upośledzoną w sposób uderzający, przytomność zupełna, w dziedzinie zmysłowéj nie ma nigdzie zboczenia.

Na pierwszy rzut oka zdaje się wprawdzie, że badana jest mocno na umyśle upośledzoną, a podejrzenie to nasuwa się, gdy na zapytanie, jak się nazywa, zkąd pochodzi, gdzie obecnie bawi, albo nic nie odpowiada okazując wielkie zakłopotanie, albo siląc się na odpowiedzi wydaje tony niezrozumiałe. Jednak po bliższém nieco badaniu dochodzi się do przekonania, że M. J. jest całkiem przytomną i pojętną, jednak nie pamięta nazwisk osób i miejscowości, a nawet nie umie ich dobrze wymówić i powtórzyć. Tak np. na pytanie, jak się nazywa, odpowiada z trudnością wielką Mar-ja, na nazwiska zaś nie zna; na pytanie, czy się nazywa: Jagódka, potakuje natychmiast głową na znak, że nazwisko jéj odgadnięto; jeżeli się atoli sylabizuje wyraz: Jagódka i każe jéj wymówić go za sylabizującym, zaledwie wydobywa początek wyrazu: Jag—, daléj zaś żadną miarą wymówić go nie może. To samo się dzieje z nazwą wioski jéj rodzinnéj. Na pytanie, zkąd jest rodem, nie odpowiada, na pytanie zaś, czy pochodzi ze Spytkowic, zaledwie wydobywa i to nie bardzo dokładnie początek: Spyt—. Na pytanie, jak się nazywa miasto, gdzie obecnie się znajduje, nic nie odpowiada, na pytanie zaś: czy w Krakowie? potakuje radośnie głową. Jeżeli jéj się pokazuje kapelusz, to na pytanie, co to jest, rusza głową i rękami, jakby przedmiot ten chciała opisać, ale wyrazu nań nie znajduje, co najwięcéj po znaczném natężeniu się wypowie: ka— lub kap—. Jeżeli jéj się mówi, aby przyniosła pióro, szuka takowego i przynosi, ale na pytanie, co to za przedmiot, nic nie odpowiada kiwając tylko głową, na pytanie zaś, co to za przedmiot, do czego on służy, porusza ręką, jakby chcąc pisanie naśladować. Nazwiska napastnika swego nie umie wymienić, na pytanie jednak, czy ją uszkodził Jędrzej Br. daje znak potakujący głową, a na pytanie,

czy ją ranił Jan Sk. (nazwisko urojone) odpowiada stanowczo: Nie, tylko Jędrz—. Na pytanie czém ją ranił Jędrzéj Br. odpowiada: drewnem, pokazując przy tém ręką na głowę. Na pytanie, czy Jędrzejowi Br. dała jaki powód do gniewu, czy miała stosunek jaki z nim, odpowiada stanowczo: nie albo nic. W podobny sposób można się porozumieć z nią co do miejsca i czasu obrażenia, co do przeszłości, co do dziecka itd., jednak nie pamięta ona niczego, co z nią zaszło od chwili doznanego obrażenia aż do czasu, gdy łóżko opuściła. Pamięta zaś wszystkie szczegóły bitki aż do chwili, gdy przytomność straciła. Jeżeli się jéj każe ręką swą dotykać się oczu, nosa, uszu, stóp itd., czyni to każdym razem szybko i dokładnie. Czytać i pisać nie umiała, a więc badanie w tym kierunku jest niemożebném.

Zresztą stan ogólny badanéj jest nie zły, przynajmniéj nie ma innych zboczeń przedmiotowo stwierdzić się dających.

Obecny przy badaniu brat Maryjanny J. podaje, że siostra jego przed pobiciem zawsze była zdrowa i mówiła dobrze, oraz że obecnie jest obojętną na wszystko, nawet na własne dziecko, które przedtém sama karmiła i bardzo kochała.

Na podstawie tego wyniku badania wydaliśmy następujące orzeczenie:

1) Maryjanna J. lat 23 licząca, dobrze zbudowana, przedtém zdrowa, obrażoną została d. 13 maja 1877 r. w głowę narzędziem tępém. Narzędziem tém mógł być kamień lub kij gruby i ciężki, najprawdopodobniéj ostatni, jeżeli prawdą jest, że kawałek drzewa w aktach znajdujący się wyjęty został z rany głowowej w kilka dni po obrażeniu.

2) Skutkiem uderzenia w głowę Maryjanna J. doznała nie tylko rany do kości drążącéj ale i złamania kości skroniowéj lewéj, połączonego z wgnieceniem odłamka na wewnątrz. Temu obrażeniu czaszki towarzyszyło silne wstrząśnienie mózgu, a następstwem onego był dłużéj trwający ucisk mózgu, a może i udar lewéj półkuli mózgowéj, objawiający się na zewnątrz kilkotygodniową bezprzytomnością i dłuższém jeszcze upośledzeniem ruchów.

3) Obrażenie to stało się niebezpiecznem dla życia (§ 155 ustęp *e)* k. k.) i pociągnęło za sobą przedewszystkiém ciężką chorobę i bezwzględną niezdolność do pracy zawodowéj przez więcéj niż 30 dni.

4) Badanie nasze w d. 25 września, a zatém w 4½ miesiąca prawie po obrażeniu uskutecznione, wykazało nadto, że Maryjanna J. cierpi obecnie t. zw. niedomowność *(aphasia)*, to jest stan chorobowy polegający na niezdolności wymawiania wielu wyrazów pomimo istniejącéj samowiedzy, a może i w cale nieupośledzonéj pojętności. Cierpienie to jest następstwem obrażenia lewéj półkuli mózgowéj, pozostaje zatém w ścisłym związku przyczynowym z obrażeniem głowy po stronie lewéj. Doświadczenie poucza, że cierpienie to nigdy prawie nie ustępuje w zupełności, owszem, że często pogarsza się znacznie i pociąga za sobą nie tylko zupełną utratę mowy, ale i upadek umysłowy.

Jakkolwiek stan umysłowy badanéj od czasu przedostatniego badania nieco się polepszył, to przecież nie mamy podstawy do przypuszczenia, aby afazyja u badanéj kiedykolwiek miała ustąpić w zupełności, a ponieważ Maryjanna J. z powodu tego cierpienia straciła zdolność udzielania się otaczającym za pomocą mowy w sposób prawidłowy, musimy oświadczyć się za tém, że skutkiem obrażenia zadanego w głowę narzędziem tępém doznała trwałego upośledzenia mowy (§. 156, ust. *a)* k. k.)

5) W końcu dodajemy, że pomimo ciężkiéj choroby, którą cierpi, można się z badaną nie źle porozumieć, tak, że zwłaszcza w towarzystwie osoby drugiéj, może stanąć do rozprawy głównéj.

Rozprawa przed trybunałem przysięgłych odbyła się d. 21 stycznia 1878 r.; tak więc mieliśmy sposobność widzenia i badania ponownego Maryjanny J. po upływie dalszych 3ch miesięcy. Stan jéj od września w niczém się nie zmienił. Była ona w stanie powtórzyć poszczególne słowa roty przysięgi, jakkolwiek nie dokładnie, ale kładąc nacisk na każde słowo, chcąc dowieść, że je rozumie, i odpowiadać na pytania przewodniczącego, oczywiście tylko w sposób wyżéj opisany.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

IV. Przyczyny i wywód chorobowy niektórych przypadków zwątlenia przewodu pokarmowego oraz leczenie tego cierpienia w Krynicy.

Opracował Dr. B. Skórczewski
lekarz zdrojowy w Krynicy.

(Streszczenie obszerniejszéj pracy, która będzie drukowaną w pamiętniku lekarskim warszawskim, II zeszyt 1878.)

Zwątlenie przewodu pokarmowego pod względem objawów bardzo jest podobne do nieżytu, z którym to ma jeszcze wspólnego, że równie często występuje. Zasadnicza różnica obu tych cierpień leży w tém, że nieżyt jest sprawą zapalną błony śluzowéj, niepomijającą nieraz i błon sąsiednich; gdy zwątlenie jest tylko nienależytém odżywieniem ścian przewodu pokarmowego wraz z jego gruczołami, zkąd powstaje niedostateczne wydzielanie soków trawiennych i osłabienie czynności błony mięsnéj.

Przyczyny, z których rozwija się zwątlenie możnaby ująć w trzy działy: 1) szkodliwości działające na błonę śluzową; 2) przyczyny pochodzące z niedostatecznego składu krwi; 3) bodźce nerwowe wychodzące od ośrodków.

Pomijając przypadki zwątlenia rozwijające się z przyczyn do pierwszego i drugiego działu należących, obrałem za przedmiot niniejszej pracy niektóre tylko przypadki zwątlenia, powstające z przyczyn do trzeciego działu należących, a mianowicie te, w których nie można wykazać żadnych zboczeń anatomicznych w ośrodkach nerwowych, a w których mimo tego za punkt wyjścia zwątlenia przyjąć można zboczenie czynnościowe ośrodków naczyniowo-ruchowych.

Opierając się na pracach doświadczalnych Sławiańskiego, Eckharda i Bascha, możemy przypuszczać, że n. trzewiowy jest głównym nerwem zaopatrującym naczynia jelit, gdyż jego przecięcie sprawia rozszerzenie tych naczyń, a podrażnienie sprawia silne ich skurczenie. Otóż bezpośrednio zadrażnić może czy to sam pień czy téż gałązki tego nerwu nerka wędrująca, w skutek tego występuje skurczenie się tętnic brzucha a przez to mniejszy dowóz krwi do ścian przewodu pokarmowego.

Już od dawna zwracano uwagę, że przy zmianach położenia macicy często występuje zwątlenie przewodu pokarmowego; związek tych dwóch cierpień wynika z doświadczeń Schlesingera i Scherschewskiego; możnaby upatrywać w tém, że przez obniżenie, pochylenie lub zgięcie macicy bywają mechanicznie zadrażnionemi w skutek

ugniecenia lub wyciągania włókna splotu macicznego; ale takiegoż samego zadrażnienia mogą doznać także inne nerwy zaopatrujące macicę i jéj sąsiednie części. W tych przypadkach bardzo się przyczyniać może do rozwinięcia cierpienia przewodu pokarmowego także zmieniony nastrój umysłu skutkiem cierpienia narządu rodnego. Wiele zjawisk świadczy o znakomitym wpływie wrażeń moralnych na układ naczyniowy; przestrach np. wywołuje zblednienie twarzy, wstyd zaczerwienienie. Te skutki nie ograniczają się tylko do barwy skóry, ale i wewnętrzne narządy doznają zmian analogicznych; w nerkach pod wpływem tych bodźców moralnych zmienia się ilość wydzielanego moczu, jak to okazują doświadczenia Bernarda, Eckharda, Knolla, Ustymowicza i moje; występują także wybitne zmiany w objętości śledziony, na co zwrócił uwagę Botkin, a co wykazałem w roku zeszłym doświadczeniami robionemi wspólnie z kol. Obtułowiczem. Że także sam przewód pokarmowy doznaje podobnych zmian pod wpływem bodźców psychicznych, jest dowodem, że zwłaszcza u kobiet skutkiem silnego przestrachu często występuje natychmiast biegunka.

Trudno wątpić, że wpływy psychiczne sprawiają zwężanie się i rozszerzanie naczyń, ale nie znamy bliżéj przyrody tych wpływów, dla tego poprzestaję jedynie na têm namienieniu, że takowe mogą być przyczyną zwątlenia przewodu pokarmowego.

W napadzie zimniczym występują niewątpliwie różne zmiany w układzie naczyniowym, odmienne w każdym okresie; a wiele tutaj danych jest przyczyn do rozwijania się nieżytu przewodu pokarmowego, gdy zaś w tak zwanêm przewlocznêm zakażeniu zimniczêm *(L'intoxication chronique Colina)* przeważają przyczyny do powstawania zwątlenia tego narządu. Lubo niepoślednie zajmują tutaj miejsce zboczenia w sferze psychicznéj, które starzy lekarze obejmowali ogólną nazwą „śledziennictwa“ a w części także zmiany w składzie krwi, to zdaje mi się, że główny nacisk położyć należy na sam zaduch zimniczy, który w danéj chwili dostaje się ze śledziony do krwi obiegu, i działa jako bodziec na zakończenia nerwów naczynio-ruchowych w ścianach naczyń, a może téż działać w podobny sposób na ośrodki tychże nerwów. Jeżeli ten bodziec będzie słabym, to sprawi skurczenie się naczyń, jeżeli zbyt silnym, to skutkiem przedrażnienia wywoła porażenie. Na téj zasadzie nie trudno wytłumaczyć, dla czego wśród napadów zimniczych często pojawiają się wymioty i biegunka, a następnie rozwija się nieżyt przewodu pokarmowego, gdy w przewlocznêm zakażeniu zimniczêm przeważającem zjawiskiem jest utrata łaknienia i zaparcie stolca, a przy dłuższêm trwaniu tego zaburzenia wiotczeje błona mięsna przewodu pokarmowego.

Podczas bładaczki znajduje się wiele przyczyn, w skutek których może powstać zwątlenie; jedne mogą działać w sposób jak przy zimnicy, drażniąc zakończenia nerwów naczynioruchowych, drugie jak przy niedokrewności doprowadzając krew o składzie niedostatecznym do odżywienia tkanin, a trzecie w skutek obu poprzednich przyczyn lub niezależnie od nich powstające zboczenia w dziedzinie psychicznéj, a zarazem często pojawiające się zboczenia w różnych częściach układu nerwowego mogą wpływać na odżywienie przewodu pokarmowego.

Zwątlenie przewodu pokarmowego często występujące po samogwałcie możnaby tłumaczyć têm, że częste i silne drażnienie nerwów prącia staje się bodźcem dla ośrodków naczynio-ruchowych, a zarazem dla właściwych ośrodków nerwowych, to jest rdzenia i mózgu, a ztąd następowo sprawia zaburzenia w czynności naczyń wywołując zboczenia w dziedzinie psychicznéj, które jak wiadomo dochodzić mogą do szaleństwa.

Nie wątpię, że w téj kategoryi przyczyn zwątlenia przewodu pokarmowego możnaby zaliczyć wiele jeszcze chorób, ograniczam się atoli do przypadków własnego doświadczenia, zebranego w praktyce zdrojowéj w Krynicy, gdzie dokładnie uważałem przebieg leczenia 64 przypadków zwątlenia przewodu pokarmowego, które rozwijało się z następujących przyczyn:

ze zboczeń w dziedzinie psychicznéj	34	
z cierpień macicy	12	(63%) *)
z zimnicy	10	(22%)
z nerki wędrującéj	3	(100%)
ze samogwałtu	3	(60%)
z bladaczki	2	(8%)
Razem	64	

Tak zapatrując się na główne przyczyny tych przypadków zwątlenia przewodu pokarmowego, nie wielkie napotyka się trudności w tłumaczeniu ich patogenezy. Przypuściwszy, że skutkiem rozmaitych bodźców działających na nerwy naczyniowo-ruchowe w zakresie n. trzewiowego kurczą się tętnice biegnące do żołądka i jelit, to pierwszêm następstwem tego będzie zmniejszony dowóz krwi do tych narządów, z téj przyczyny gruczoły mniéj będą wydzielały soków trawiennych, mniejsza téż ilość pokarmów może być ustrojowi przyswojoną, a to têm bardziéj, że utrudnionêm będzie chłonienie skutkiem zwolnionego ruchu robaczkowego. Pierwszemi objawami tych zaburzeń w trawieniu będzie utrata łaknienia, oraz liczne dolegliwości po przyjęciu miernéj ilości pokarmów, jak uczucie przesycenia, ciężkości i gniecenia w żołądku, ociążenie, senność; a przypady te zmniejszać się będą w miarę przesuwania się pokarmów z żołądka do jelit. U osób, które niezważając na brak łaknienia przyjmują więcéj pokarmów, łatwo rozwija się rozszerzenie żołądka w ten sam sposób jak przy mechanicznéj przeszkodzie w odźwierniku.

W jelitach treść pokarmowa również nie znajduje odpowiedniéj ilości soków ułatwiających dalszą sprawę trawienia, a przesuwanie téj treści skutkiem zwolnionego ruchu robaczkowego odbywa się powoli, przez co łatwo występuje gnicie takowéj, przy którém rozwijające się gazy wypełniają jelita, powstaje bębnica z rozmaitemi dolegliwościami trwającemi nieraz przez całe miesiące.

Przy dłuższêm trwaniu cierpienia cały brzuch zagłębia się nieckowato, jelita są skurczone, pokarmy przesuwają się bardzo leniwo, tak że nieraz niemal w całéj długości można wymacać jelita wypełnione miazgą pokarmową lub kałem, który gromadzi się w okrężnicy, a w zastarzałych przypadkach zalega tam po kilka tygodni.

Zboczenia następowe w przypadkach, gdy żołądek mniéj jest zajętym, bardzo powoli się rozwijają, przeciwnie, gdy żołądek jest główną siedzibą cierpienia, to bardzo wcześnie rozwija się wyniszczenie *(inanitio)* skutkiem głodzenia.

Z powodu zmiany ilości krwi tętniczéj w jamie brzusznéj występują częste wypieki na twarzy i częste bóle głowy ze szczególnemi nasileniami. Z téj saméj przyczyny i w podobny sposób mogą się rozwijać zboczenia w dziedzinie psychicznéj zwane hypochondryją; nie należy jednak zapo-

*) Odsetek zwątlenia względnie do innych chorób z téj saméj przyczyny pochodzących.

minać, że takie zboczenia psychiczne mogą być pierwotną przyczyną zwątlenia, jak również, że ta sama przyczyna, która wywołuje zwątlenie może równocześnie sprawiać tego rodzaju zboczenia w ośrodkach nerwowych; słowem hypochondryja może być tak dobrze przyczyną jak skutkiem zwątlenia przewodu pokarmowego, jakoteż cierpieniem współrzędném.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Podofilin jako lek przeciw kolce wątrobowéj z powodu kamieni żółciowych.

Podał Dr. M. Żebrowski.

W dzienniku florenckim *Lo Sperimentale* z miesiąca kwietnia r. z. prof. Bufalini opisuje podofilin jako skutecznie działający przeciw kolce wątrobowéj i kamieniom żółciowym i przytacza dwa następujące przypadki:

Kobieta 45-letnia miewała od dawna kolki wątrobowe gwałtowne i znajdowała ulgę w cierpieniu po użyciu środków czyszczących energicznych, po których odchodziły kamyki dość wielkie. Ale te środki długo zadawane zrządziły jéj nieżyt jelit, dla którego musiała zaniechać podobnéj kuracyi. Prof. Bufaliniego wezwanego w tym czasie uderzyło podobne działanie środków namienionych i dla tego postanowił mimo nieżytu jelit podawać choréj podofilin (1 cgm. dziennie), który według jego mniemania winien działać lepiéj, aniżeli inne środki czyszczące bez sprowadzania nieżytu jelit.

W istocie podofilin okazuje skuteczność widoczną w przekrwieniu wątroby, jak tego dowiódł Van den Corput. Wiadomo także, że tenże środek wstrzyknięty w dwunastnicę psa powiększa znacznie wydzielanie żółci, a żółć zawiera w tym razie większą ilość składników stałych. Przeszkadzając zatém zatrzymywaniu się żółci i skupianiu się tychże cząstek stałych będących przyczyną powstawania kamieni żółciowych, może więc sprowadzać dobre skutki. Otóż i u choréj, o któréj mowa, kolka wątrobowa zniknęła natychmiast jako téż i nieżyt kiszkowy. Rok cały podawano podofilin ciągle bez najmniejszych zaburzeń i kolka nie powtórzyła się, chociaż dwa lata już upłynęło od czasu zaprzestania użycia tego leku.

Dr. Bufalini stósował podofilin i u kobiety cierpiącéj więcéj niż od dwóch lat na kolkę wątrobową bardzo gwałtowną, podczas któréj odchodziły często kamyki żółciowe. Rok cały leczono ją bezskutecznie rozmaitemi środkami zalecanemi w tych razach: wody alkaliczne, kąpiele, środki wymiotne, krople Duranda, chloroform, morfin podskórnie zastrzykiwany etc. zaledwie małą ulgę sprowadzały. B. zalecił 1 cgm. dziennie podofilinu i po niejakim czasie kolka i kamyki zniknęły. Podofilinu zaniechano po pewnym czasie a mimo tego cierpienia nie powracały przez ośm miesięcy, potem kolki i kamienie pokazały się na nowo, lecz znowu zniknęły po ponownem używaniu tego leku.

Dr. Mercadié z Paryża sprawdzał także podobne działanie podofilinu i oto co pisze w *„Gazette des Hôpitaux“* z miesiąca lipca:

„Leczyłem od dawna pewną panię, która cierpiała na kolkę wątrobową nieznośną powtarzającą się kilkakrotnie na miesiąc. Środki powszechnie używane zaledwie tylko ulgę czyniły, nie sprowadzając zupełnego skutku. Mając pod ręką pigułki podofilinu, których używałem często przeciw uporczywemu zatrzymaniu stolca, dawałem po jednéj owéj kobiecie podczas jedzenia. Od tego czasu kolka nie powróciła. Będzie niedługo dwa miesiące, jak moja chora bierze co wieczór po 1 cgm. podofilinu z zamiarem zażywania go jeszcze przez kika miesięcy; wtedy przerwę i jeżeli recydywa nastąpi na nowo rozpocznę podawanie podofilinu. Podczas pierwszych 15tu dni leczenia codziennie przeglądałem kał i kilkakrotnie znajdowałem kamyczki żółciowe.“

Przeczytawszy to sprawozdanie o działalności podofilinu, postanowiłem sam sprawdzić skuteczność tego środka, a mając w Szczawnicy dwie osoby cierpiące na kolkę wątrobową i kamyki żółciowe, przepisałem każdéj podofilin w pigułkach po 1 cgm. przed samém jedzeniem codziennie. Obserwacyje moje nie mogą być dokładne, straciłem bowiem z oczu te osoby, które tylko kilka tygodni w Szczawnicy przebywały, wyniki jednak tak krótkiego leczenia potwierdzają zdania dwóch wyżéj wspomnianych lekarzy. Chorzy moi używali przy tém wody szczawnickiéj ze źródła Magdaleny, a jednéj choréj musiałem codziennie zastrzykiwać podskórnie morfin. Po 10-dniowém jednak używaniu podofilinowych pigułek, kolka się nie pojawiła i dla tego zastrzykiwania zaniechałem. Chora od tego czasu nie uskarżała się na kolkę i wyjechała z zamiarem brania w domu przez czas dłuższy podofilinu, co jéj zaleciłem.

U drugiéj choréj oprócz kolki wątrobowéj i kamyków żółciowych często w kale się pokazujących były zaburzenia dróg oddechowych oraz dawny nieżyt jelit wraz z bolesném przekrwieniem wątroby. Mimo tych cierpień ubocznych chora podofilin znosiła dość dobrze i bardzo częste kolki ustały. I ta także pacyjentka piła wodę szczawnicką ze źródła Magdaleny oraz nosiła zimne wilgotne kompresy na brzuchu. Wyjechała ze Szczawnicy prawie zupełnie zdrowa z zamiarem zażywania jeszcze przez czas pewien pigułek podofilinowych.

Czy się nie pospieszyłem nieco, aby z tych prób nielicznych ocenić skuteczność podofilinu, obserwujący i naśladujący mnie Koledzy osądzą. Dodając jednak moje spostrzeżenia chociaż w niedokładnych rysach przedstawione do powyżéj opisanych, ośmielę może Kolegów do próbowania tego środka w chorobie często tak gwałtownéj i uporczywéj, jaką jest kolka wątrobowa z powodu kamieni żółciowych powstała a tém samém zwrócę ich uwagę na lek, którego można używać bez żadnéj przeszkody dla stanu ogólnego odżywienia.

VI. Oceny i sprawozdania.

O metaloskopii i metaloterapii zastósowanéj do ciężkiéj (padaczkowéj) formy macinnictwa *(hysteroepilepsia)*. Sprawozdanie z odczytu prof. Charcota, mianego w Salpêtrière dnia 30 grudnia 1877). Podał Dr. Stanisław Ponikło.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9.)

Zapytajmy się teraz czy metale, których szczególny wpływ na objawy macinnictwa co dopiero skreśliliśmy, zarówno działają w różnych okresach tego cierpienia, jakoto w okresie rozwijającéj się choroby, w okresie najwyższego nasilenia takowéj, tudzież w okresie ustępowania najcięższych przypadków chorobowych — czyli wreszcie leczenie macinnictwa w ogóle a w szczególności postępowanie metaloterapeutyczne nie wywiera przypadkiem jakiego wpływu na zdolność oddziaływania chorych na metale. Liczne doświadczenia Charcota utwierdziły go w przekonaniu, że najdzielniejsze jest

działanie metali na ustrój macinniczek, u których cierpienie jest w pełnym rozwoju — inaczéj w przypadkach, gdzie choroba została poniekąd złamana, gdzie wprawdzie ustąpiły najważniejsze przypady, jak znieczulica i niedomoga mięśniowa, lecz pozostały jeszcze ukryte ślady cierpienia, w zupełności nie wygasłego.

Wyjaśni to przykład następujący: weźmy chorą leczoną przez dłuższy przeciąg czasu n. p. kilka tygodni, u któréj wszystkie objawy uległy polepszeniu — znieczulenie połowicze ustąpiło — kurczowych napadów nie ma śladu, tak iż się zdaje, że chora w mowie będąca jest zupełnie wyleczoną. Czy tak jest rzeczywiście? Czy chora jest wolną od cierpienia, czyli jest narażoną na powrót takowego w dawném nasileniu pod wpływem pierwszego lepszego nieco silniejszego wzruszenia? — pytanie zaiste niezmiernéj wagi w rokowaniu.

Przypuśćmy, że chora ta okazała się wrażliwą na złoto; zastósujemy tedy płytkę złotą na powierzchnię ramienia, które było pierwéj znieczulone. Po upływie pewnego czasu, 15 do 20 minut, dostrzeżemy, że chora czuć się będzie osłabioną, będzie się żalić na niedogodę, na uczucie mrowienia w ramieniu, popadnie w ospałość, a badając skórę igłą przekonamy się, że czucie które przed zastósowaniem płytki było prawidłowe, ustąpiło miejsca zupełnéj znieczulicy. Metal więc który na ustrój choréj u szczytu cierpienia działał korzystnie przywracając czucie, obecnie gdzie znieczulica ustąpiła wywiera wpływ wprost przeciwny, wywołując ponownie znieczulicę, niejako okazując zdolność ujawniania stanu chorobowego pozornie tylko wyleczonego, którego ślady jednak tkwią w ustroju nie zupełnie zatarte. Zjawisko to nazwał autor „nieczulicą metaliczną“ *(anesthésie métallique)*. Doświadczenie dalsze pouczyło go, że wpływ ten szczególny wywierają metale tylko na takie chore, u których wprawdzie ciężkie przypady ustąpiły, lecz które nie są zupełnie wyleczone; po zupełném wyzdrowieniu zaś metal odnośny pozostaje bez wpływu. Ztąd uważa autor zjawisko to za środek próbierczy, mogący służyć do stwierdzenia, czy dana chora jest zupełnie wyleczoną, lub nie.

Przytoczywszy w ten sposób doświadczenia dotyczące metaloskopii, przejdźmy do metaloterapii. Metaloterapija, jak wyżéj namieniono, może być albo zewnętrzna albo wewnętrzna. Postępowanie metaloterapeutyczne zewnętrzne Burqa było następujące: Stwierdziwszy, że odnośna chora jest wrażliwą na ten lub ów metal, zastósowywał płytki tegoż metalu na różne części ciała. Bezpośredniém następstwem tego był nieznaczny powrót czucia w częściach znieczulonych; gdy jednak prowadził daléj systematyczne zastósowanie płytek, czucie po pewnym czasie znowu zniknęło a chorobowe objawy wystąpiły z większém natężeniem; chore uskarżały się na niedogodę, na osłabienie mięśniowe i śpiączkę.

Po kilku następnych posiedzeniach można było dostrzedz, że ważniejsze przypady macinnictwa poczynały tracić cokolwiek na pierwotném nasileniu lub nawet chwilowo zupełnie ustępowały; nastąpiło tedy czasowe wyleczenie, po którem jednak cierpienie na nowo wróciło. W ten sposób, prowadząc nieprzerwanie leczenie metalami ze zmiennym skutkiem przez dłuższy czas, wreszcie osiągał pożądany wynik zupełnego wyleczenia. Sposób ten postępowania leczniczego wymagał długiego czasu, w cięższych a uporczywszych przypadkach do 5 i 6 miesięcy. Charcot nie zastósowywał zupełnie metaloterapii zewnętrznéj, doświadczał wyłącznie skutków metalotorapii wewnętrznéj.

Metaloterapija wewnętrzna polega na podawaniu odnośnych metali na wewnątrz. Najkorzystniéj używał Charcot w tym celu formy rozczynu odnośnego metalu. I tak macinniczkom wrażliwym na złoto podawał rozczyn chlorku złotosodowego (1·5 na 200 płynu) w dawkach po 10 kropli przed spożyciem pokarmów. Jest to płyn przeźroczysty, barwy żółtawéj, który chore zażywały chętnie. Dawki zwiększał stopniowo, nie podając przytém żadnego innego leku. Jeżeli chora oddziaływała na miedź, podawał rozczyn octanu miedziowego; gdy był wskazany cynk, zwykły rozczyn siarkanu cynkowego, jeżeli żelazo, zastósowywał jeden z licznych przetworów tego środka lub wody żelaziste.

Autor przytacza 4 przypadki zastarzałego macinnictwa padaczkowego, leczone wewnętrzném podawaniem metalów: w 3 przypadkach okazało się po kilkotygodniowém postępowaniu metaloterapeutycznem znakomite polepszenie, a w jednym nastąpiło zupełne wyzdrowienie, tak iż wspomniany środek próbierczy t. j. zastósowanie odnośnego metalu na powierzchnię ciała (chora ta okazała się była wrażliwą na miedź i była leczoną przez podawanie siarkanu miedziowego) już nie wywołało zjawiska nieczulicy metalicznéj, a chora przestała zupełnie oddziaływać na tenże metal.

Z przypadków tych podajemy 2 najwybitniejsze:

1. M. chora przez lat 11 bez przerwy, okazywała cechujące napady macinnicze, dotknięta stale nieczulicą i porażeniem strony lewéj; badanie zapomocą ukłóć igłą każdorazowo stwierdzało zupełny brak czucia. Bezpośrednio przed zastósowaniem leczenia metaloterapeutycznego była wyniszczoną i wychudłą — zupełny brak łaknienia, czyszczeń miesięcznych nie miała od 3 lat. Okazała się wrażliwą na złoto; poczęto jéj tedy podawać rozczyn chlorku złota od lipca 1877. Bezpośrednim skutkiem było znakomite wzmożenie się łaknienia, co samo przez się wśród stanu nędznego odżywienia choréj było rzeczą nader pożądaną. Lecz po niejakim czasie nieprzerwanego leczenia nastąpiło znużenie, uczucie ciepła w dołku podsercowym, uczucie swędzenia i niepokój. Zaprzestano tedy podawania złota, aby po kilku dniach, skoro przypady te ustąpiły, powrócić do takowego. Wpływ na miesiączkę i odżywienie choréj był zadziwiający: czyszczenia miesięczne powróciły i pojawiały się odtąd regularnie: odżywienie wzmogło się, chora przybrała nawet pewien stopień tuszy. Napady drgawkowe wprawdzie dotąd (grudzień 1877) zupełnie nie ustąpiły, lecz pojawiają się nierównie rzadziéj i w mniejszém nasileniu. Nieczulica strony lewéj poczęła ustępować a przez ostatnie 3 miesiące nie powróciła wcale; przed zupełném ustąpieniem pojawiła się tylko w napadach, nie trwając nigdy dłużéj nad 1 do 2 dni. Chora pozostaje nadal w leczeniu, gdyż zastósowanie złota zewnętrzne wywołuje szybko i wybitnie zjawisko „nieczulicy metalicznéj.“

2) B. chora również od lat 11, dotknięta dwoma odrębnemi cierpieniami, macinnictwem padaczkowém i właściwą padaczką (powikłanie obojga tych zboczeń nazywa Charcot „macinnictwem padaczkowém z odrębnemi napadami“). Wewnętrzne podawanie właściwego metala, złota, nie zmieniło objawów padaczki właściwéj, lecz przypady odnoszące się do macinnictwa padaczkowego, mianowicie nieczulica połowicza, która trwała uporczywie przez przeciąg lat 11tu, ustąpiła po podawaniu złota w zupełności a napady drgawkowe pierw częste i silne, utraciły dawne nasilenie, pojawiając się w znacznie dłuższych odstępach czasu. Nadto okazywała taż chora u szczytu choroby skurczenie mięśniowe odnogi dolnéj prawéj *(contractura hysterica)*. W następstwie leczenia skór-

czenie to pojawiało się tylko po napadach, trwało zaledwie 7—8 dni, poczém ustępowało.

Wreszcie namienia Charcot, że aczkolwiek najdzielniejszy jest wpływ metali na nieczulicę macinniczą, to przecież o ile wnosić wolno z kilku spostrzeżeń przez niego uczynionych, zdolne są one także wywrzeć wpływ skuteczny na nieczulicę wywołaną organicznemi zmianami ośrodków nerwowych. Przytacza w téj mierze przypadek kobiety lat 54 liczącéj, dotkniętéj pląsawicą połowiczą (*hemichorea*), jak mianowicie połowiczém porażeniem strony ciała prawéj po chorobie mózgowéj.

Doświadczano u niéj kilku metali, jako to złota, miedzi, cynku ze skutkiem ujemnym; dopiero żelazo zastósowane na powierzchnię ciała przywróciło po upływie 20tu minut czucie w najbliższém sąsiedztwie a po kiku dniach na całéj prawéj połowie ciała, przyczém również mimiczne ruchy mięśni twarzy odnoszące się do pląsawicy w znacznym stopniu osłabły. Zastósowanie małych płytek żelaznych na prawą połowę języka i nosa przywróciło wkrótce postradany w tych miejscach smak i powonienie. Na szczególniejszą uwagę zasługiwała tu okoliczność, że uzyskane wyniki były trwałemi, nie tak jak u macinniczek, przemijającemi. (Doświadczenie to wykonywał Charcot wraz z pp. Dumonpallierem i Luysem.

W jaki sposób mamy sobie tłumaczyć opisane powyżéj działanie metali na ustrój i ich zdolność zmieniania w sposób swoisty objawów odnoszących się do układu nerwowego? Rozumie się samo przez się, że działania tego podstawą i zasadą musi być jakaś siła fizyczna wywołana przez zetknięcie się metalu z powierzchnią ciała. Nasunie się tu każdemu myśl, ażali przypadkiem nie wytwarzają się skutkiem zastósowania metali do powłok ogólnych prądy galwaniczne, aczkolwiek słabe, i czyli te nie są właściwym czynnikiem, wywołującym z nieodpartą koniecznością prawideł fizycznych zjawiska opisane. W celu rozstrzygnięcia tego pytania podjęła komisyja wybrana z łona Towarzystwa bijologicznego w Paryżu, złożona z pp. Charcota, Dumonpalliera i Luysa ze współudziałem Dra Régnarda ścisłe doświadczenia fizyczne. Za pomocą czułego galwanometru rzeczywiście stwierdzono, że przez zetknięcie złota, bądź litego, bądź menniczego z powierzchnią ciała powstaje prąd galwaniczny, zdolny odchylić igłę galwanometru o 3—13tu stopni. Zastósowano tedy u choréj oddziaływającéj w sposób znany na złoto, zamiast płytki złotéj prąd galwaniczny zwykłym uzyskany sposobem o sile odchylenia 2ch stopni. Skutek wywarty był zupełnie identyczny ze skutkiem zastósowanego złota. Skóra zarumieniła się, broczyła po ukłóciu, nieczulica ustąpiła. Badano daléj siłę prądu powstającego po zastósowaniu miedzi; prąd ten okazał się znacznie silniejszym, odchylał bowiem igłę galwanometru o stopni 15. Gdy tedy u téj saméj choréj zastósowano prąd galwaniczny o sile 15° odchylenia (chora ta nie była wrażliwą na miedź) wynik był ujemny. Znając tedy wrażliwość danéj choréj na ten lub ów metal można zamiast metalu użyć bezpośrednio prądu galwanicznego o sile odpowiedniéj odnośnemu metalowi, aby osiągnąć też same wyniki, jakoto powrót czucia i odzyskanie siły mięśniowéj. W przekonaniu tém utwierdza nas tém mocniéj następujące piękne doświadczenie uskutecznione przez też samą komisyję. Skoro mianowicie przekonano się, że dana chora oddziaływa na prądy o sile 30tu do 35ciu stopni i podwyższono następnie siłę prądu do 50° i 70°, to prądy te okazały się bezskuteczne, skutek jednak pożądany nastąpił ponownie, gdy z 70° podwyższono prąd do siły 90 stopni odchylenia igły galwanometru. Na podstawie tych doświadczeń twierdzi Régnard, że znachodzą się w skali prądu galwanicznego pewne identyczne punkty, które u pewnych chorych sprawiają powrót czucia, podczas gdy wszelkie inne punkty, bądź słabszym, bądź silniejszym prądom odpowiadające, pozostają bezskuteczne. Widzimy tedy, że właściwie metale nie okazują żadnych swoistych, do swéj istoty chemicznéj przywiązanych własności, lecz o tyle tylko działają swoiście, o ile wywołują w zetknięciu z ciałem prądy galwaniczne pewnéj siły dla danych chorych właściwéj.

W każdym razie podane tu szczegóły dotyczące metaloskopii zasługują wielce na uwagę, tém bardziéj, że nie uchylają się one bynajmniéj od ścisłego tłumaczenia fizycznego i jak wszędzie w rzeczach lekarskich tak i tu wypada przedewszystkiém mówiąc słowami Charcota, unikać z jednéj strony naiwnéj łatwowierności, lecz z drugiéj strony strzedz się zarazem samowolnego skeptycyzmu, będącego często wynikiem nieświadomości rzeczy. Są to dwie skały, między któremi sumienny badacz powinien umieć przepłynąć.

Charcot: **Magnetyzm i macinnictwo.**

Niezależnie od leczenia niedawno przez p. Burqa wprowadzonego, a zwanego metaloterapiją, prof. Charcot rozpoczął nowy szereg doświadczeń na chorych swego oddziału w Salpétrière dotkniętych macinnictwem w wysokim stopniu (*la grande hystérie*). Doświadczenia te przedsięwziął po przeczytaniu dwóch prac bardzo zajmujących Drów d'Andry i de Tourette umieszczonych jeszcze w pamiętnikach dawnego Towarzystwa lekarskiego z roku 1782, a których treścią jest zastósowanie elektryczności w różnych stanach chorobowych. Autorowie ci studyjowali skutki magnesu w cierpieniach nerwowych a głównie w nerwobólach.

Prof. Charcot zamyślił przekonać się o skutkach tegoż w macinnicy. Razem z Drem Vigouroux badali chore macinniczki dotknięte bezczulością połowiczną zupełną, bezwzględną i nieustającą. Przykładając sztabkę magnesu do ramienia bezczułego w odległości $^1/_4$ cm. lub dotykając się skóry ramienia odosobnionéj od magnesu kawałkiem papieru, spostrzegali wtedy zjawiska następujące: Chora uskarża się na uczucie ciepła w lekkim stopniu i nieco odrętwienia w téj części bezczułéj, która odpowiada magnesowi: skóra staje się trochę zaczerwienioną, a nakłócie jéj z początku nie sprawia bólu, po krótkiéj wszakże chwili czułość w niéj powraca zupełna i bezwzględna i to w przestrzeni odpowiadającéj średnicy poprzecznéj magnesu. W téj saméj chwili w okolicy symetrycznie położonéj ramienia zdrowego pokazuje się bezczułość tak samo, jak to było przy doświadczeniach metaloskopowych (Patrz Nr. 9 Przeglądu Lekarskiego). Te same skutki magnetyzmu pokazują się w niedoślepiu lub nieczułości na barwy macinniczych; jeżeli się magnes podobnym chorym do skroni przyłoży, obiedwie te zmiany chorobowe na pewien czas nikną. Prof. Charcot nie ograniczył się tylko do tych doświadczeń, otrzymał albowiem podobne powyższym skutki i przy elektryczności statycznéj. Doświadczenia te prowadzą daléj wraz z prof. Charcotem, panowie Vigouroux i Régnard. *(Gaz. des Hôp.* Nr. 24. 26. Fevr. 1878.) *Dr. M. Żebrowski.*

Mosetig-Moorhof: **Utworzenie sztucznéj przetoki podniebieniowéj.**

Autor wykonał powyższy rękoczyn u młodzieńca 18 letniego, który z przyczyny kiły doznał nie tylko częściowéj utraty nosa i zapadnięcia się jego z powodu zropienia przegrody, ale nadto utraty podniebienia miękkiego i zbliznowacenia resztek jego w ten sposób, iż blizna promienista szczelnie oddzielała jamę nosowo-połykową od jamy ust. Skutkiem tego chory nie mogąc przez nos oddychać, musiał usta mieć rozwarte i narażał się na ustawiczne wysychanie i pękanie błony śluzowéj zwłaszcza na wargach; nadto skarżył się na ciągły szum w uszach, mimo, że badanie nie wykryło żadnego zboczenia w przewodach zewnętrznych i błonach bębenkowych, i przewodnictwo kostne nic nie pozostawiało do życzenia. Na prośby chorego przystąpił autor do wytworzenia sztucznéj przetoki podniebieniowéj w przodkowym odcinku podniebienia twardego, gdyż doświadczenie kliniczne pouczyło go, iż utrata częściowa podniebienia twardego blisko zębodołów nie nadaje mowie odcienia nosowego.

W tym celu oddzielił operator 1½ cm. po za zębami siecznemi w linii środkowéj podniebienia twardego błonę śluzową i okostną, a następnie wykroił dlutkiem Verneuila otwór okrągły wielkości grochu w podniebieniu twardém i przywrócił w ten sposób komunikacyję między obu jamami. Już w pierwszych dniach ulga była znakomitą; a ponieważ przetoka się zwężała, przeto autor przeprowadził przez nią rurkę srebrną, mającą ⅓ cm. średnicy i ustalił przez to powyższą komunikacyję. Autor rokuje temu rękoczynowi przyszłość, mianowicie jako operacyi pomocniczéj przy zeszywaniu podniebienia miękkiego według metody Passavanta, lecz zaleca na przyszłość używać zamiast dlutka Verneuila zwykłego trepanu dziurawiącego. *(Wiener medic. Wochenschrift 1878 Nr. 10).* *Obt.*

Sydney Ringer i Tweedy: **O skutkach fizyjologicznych wyciągu z „duboisia myoporoides.“**

„Duboisia myoporoides“ jestto krzew rosnący rodzimie w lasach wschodnio-australskich, w południowéj Nowéj Walii, Queenslandzie i Kaledonii; należy do rodziny trędownikowatych *(Scrophulariaceae)*, plemienia tulajkowych *(Salpiglossideae)*; krajowcy znają jego własności podniecająco-odurzające i upajają się żując liście i korę, znaną także pod nazwą *„pituri.“* Doświadczenia uskutecznione w miesiącu styczniu b. r. przez Sydney Ringera i Tweedy'ego doprowadziły do następujących wyników stwierdzających bliskie pokrewieństwo tego środka z atropinem.

1) Wyciąg duboisii wpuszczony w ilości jednéj kropli do worka spojówkowego, sprawia silny ból szczypiący i obfite łzawienie nie wywołując przytém znaczniejszego przekrwienia naczyń spojówkowych: po upływie 10 minut następuje rozszerzenie źrenicy znaczne, trwające od 6—10 dni; temu towarzyszy zupełne porażenie akomodacyi, które trwa od 5—7 dni.

2) Po zastrzyknięciu podskórném 0·03—0·07 wyciągu następuje szybko rozszerzenie źrenic — uczucie suchości w gardle, ospałość, ból głowy i ogólne osłabienie — przypady te trwają do 3ch godzin. Tętno podnosi się do 120 uderzeń na minutę.

3) Wyciąg duboisii posiada wspólnie z atropinem własność powstrzymywania zbytniego przeziewania skórnego, wywołanego innemi lekami. I tak u chorego, u którego sprowadzono zapomocą jaborandy obfite poty, zastrzyknięcie 0·05 wyciągu duboissii przywróciło bardzo szybko suchość skóry; po upływie 10 minut już chory począł się skarżyć na suchość w gardle.

4) Duboisia znosi podobnie jak atropin działanie porażające muskarynu na serce żaby. Gdy u żaby pozbawionéj mózgu zastósowano na powierzchnię serca odsłoniętego kroplę muskarynu, tętno z 31 uderzeń spadło na 6, przyczém znacznie osłabło; lecz gdy następnie puszczono na serce kroplę wyciągu duboisii, tętno podniosło się po upływie zaledwie 30 sekund z 6 na 28 uderzeń, stało się silniejszém a po 10 godzinach jeszcze okazywało 40 uderzeń na minutę. *(The Lancet Nr. 9. 1878).* *Dr. S.Po.*

Pirocchi: **Użycie nalewki z tayui przeciw wrzodom fagadenicznym, zołzowym i wiewiórowi.**

Autor podaje 5 przypadków, na podstawie których wysnuwa wnioski pochwalne dla nalewki z tayui przypisując jéj własności sprzyjające zabliźnianiu, przeciwgnilne i ściągające. Używać jéj można przy wszelkich utratach tkanek nie okazujących skłonności do gojenia się, we wrzodach kiłowych i zołzowych, jakoteż w ogóle przy ranach ropiących części miękkich. W przypadkach wiewióra dobrze ją chorzy znosili, ale wypływu zupełnie nie zdołała usunąć.

W jednym przypadku podawana równocześnie na wewnątrz po 12 kropli dziennie sprowadziła zabliźnienie wrzodu trwającego od lat 2, który opierał się wszelkim innym środkom. Leczenie nalewką zewnętrznie i wewnętrznie trwało 2 miesiące. *(Wien. med. Wochens. Nr. 10 1878).* *Obt.*

Dr. Spamer: (w Giessen): **Czy stały pobyt w zakładzie jest korzystnym dla wszystkich chorych na umyśle?**

Coraz śmieléj występuje reakcyja przeciw uświęconéj dotąd zasadzie, że leczenie obłąkanego rozpocząć należy od umieszczenia go w zakładzie. W Nr. 4 Przegl. Lek. z r. b. zdaliśmy dopiéro sprawę z wykładu prof. Willego w Bazylei, a teraz spotykamy się znów z rozprawką Spamera, w któréj autor przytacza 2 przypadki polepszenia, nawet wyzdrowienia, pomimo, albo raczéj w skutek odebrania chorych z zakładu. Jakkolwiek autor nie zaprzecza wcale, że przeniesienie chorego do zakładu najczęściéj, jakkolwiek przemijająco, działa na niego bardzo korzystnie, to jednak kładzie on główny nacisk na zmianę stosunków, na higijenę umysłową, nawet w razie, jeżeli stosunki domowe nie są przykremi, a zmiana ta sama przez się, jak np. opuszczenie miejsca zamieszkania i podróżowanie, działa bardzo dobrze. Z drugiéj strony dłuższy pobyt w zakładzie, zwłaszcza w okresie polepszenia stoi czasem na zawadzie całkowitemu uleczeniu. Wprawdzie prawie wszyscy obłąkani natarczywie domagają się powrotu do domu, jednak na uwzględnienie zasługują bardzo owe przypadki, w których chorzy cierpią na tęsknicę *(nostalgia)*, wtedy bowiem rychłe uwolnienie ich z zakładu przyspiesza wyzdrowienie. *(Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrank.* 1878, VIII, 2). *L. B.*

Dr. Wittich: **Kamfora przeciw bezsenności kobiet obłąkanych.**

W pewnych przypadkach zadumy u kobiet, połączonéj z jadłowstrętem i bezsennością, gdy wodan chloralu, bromek potasu, morfin, i kąpiele okazały się bezskutecznemi,

W. stósuje kamforę (0·1 — 0·2 Camph. trit. w opłatku) wewnętrznie, albo podskórnie (Camph. trit. 1·0, ol. amygdal. dulc. 10,0, 0·1 pro dosi) z najlepszym skutkiem. W kilka minut po injekcyi, która nigdy ropni nie wywołuje (należy jednak użyć rurki o świetle nieco obszerniejszém, najlepiéj złotéj) następuje sen kilkogodzinny, a po obudzeniu się z niego chore okazują mniejszy jadłowstręt oraz znaczne uspokojenie. Skutek ten dobroczynny powtarza się po każdorazowéj injekcyi. *(Berl. klin. Wochens. 1878. Nr. 11).* *L. B.*

H. Dobrzycki (w Mieni): **Przypadek ruchoméj trzustki.**

Autor opisuje nadzwyczaj ciekawy i rzadki przypadek trzustki bezwzględnie ruchoméj, jedyny może w piśmiennictwie lekarskiém. Zdarzył się on u cieśli, lat 50 liczącego, który miał spaść z wysokości kilkołokciowéj i bezpośrednio potém stracił przytomność, w kilka dni zaś później chwytając się za brzuch i rozcierając go wymacał w dołku sercowym twardą guzowatość, która sama przez się lub po naciskaniu bolesném znikła. Chory przybywszy w 2 miesiące po tym przypadku do szpitala uskarżał się na ogólne osłabienie, na zupełną prawie utratę łaknienia tudzież na wymioty, które co kilkanaście godzin się pojawiały. Bardzo staranne i umiejętne badania przedsiębrane kilkakrotnie przekonały autora, iż ma do czynienia z trzustką ruchomą, a rozbiór chemiczny płynu wymiotowanego wykazał wszelkie własnosci soku trzustkowego. Szereg objawów potwierdzającｈ powyższe rozpoznanie był następujący: 1o Guz powstał nagle, jako skutek mechanicznego gwałtu wywartego na okolicę pępka. 2o Fakt powyższy wyklucza nowotwory, ograniczone zapalenia, obrzmienie gruczołów itd., słowem wszystkie sprawy, na wytworzenie się których albo potrzeba dłuższego czasu, albo też które stanami gorączkowemi i zgoła innym przebiegiem się wyróżniają. 3o Umiejscowienie, kształt okrągławy i głębokie położenie guza ginącego w głąb przy zastósowaniu odpowiedniego nacisku. 4o Stwierdzenie tego faktu, iż wszystkie inne narządy mogące uledz przemieszczeniu, mianowicie zaś nérki, zarówno przed jak i po odprowadzeniu guza stale znajdowały się na swém miejscu. 5o Obecność soku trzustkowego w płynach wymiotowanych; nareszcie 6o Nieobecność w danym przypadku takich stanów chorobowych, któreby mogły utrudnić rozpoznanie lub téż je wątpliwém uczynić.

Co do ściślejszego rozpoznania, która część trzustki pojawiała się w dołku sercowym, to zdaniem autora najprawdopodobniéj była to część środkowa, w stanie prawidłowym nawet tylko za pomocą wiotkiéj tkanki łącznéj do śledziony i nérki lewéj przyczepiona, albowiem głowa trzustki umieszczona w podkowiastém zagłębieniu dwunastnicy silnie jest z nią połączona i chyba z dwunastnicą razem przemieszczeniu lub wgłobieniu uledz może. *(Medycyna* 1878, Nr. 8 i 9.)
Obt.

Prof. Krafft-Ebing: **O pewnych zboczeniach popędu płciowego i kliniczno-sądowém znaczeniu tychże, jako prawdopodobnie czynnościowego objawu zwyrodnienia ośrodków nerwowych.**

Zboczenia popędu płciowego mogą być czworakiego rodzaju: 1) brak popędu, 2) wygórowanie onego, 3) objawianie się takowego po za kresem zwykłym i 4) przewrotność popędu, nieskierowanego ku zachowaniu rodzaju.

Co do 1go: Pomijając brak popędu u rzezańców, pewnych obojniaków (hermafrodytów), idyjotów i matołków (kretynów), będący następstwem braku lub zwyrodnienia części płciowych, zdarza się także brak popędu pomimo prawidłowego rozwoju tych organów i pomimo dojrzałości płciowéj. Że w takich razach brak popędu nie polega na zboczeniu części płciowych, dowodzi okoliczność, że istnieje obok prawidłowéj czynności gruczołów płciowych (wytwarzania się nasienia, miesiączkowania) oraz obok uczuć płciowych, objawiających się w skłonności do samogwałtu. Brak popędu w takich razach zależy tylko od zwyrodnienia ośrodków nerwowych.

Co do 2go: Popęd bywa wygórowany, pomijając przypadki przemijającego pobudzenia, w podnieceniu umysłowém, głównie w manii, zwłaszcza u kobiet *(nymphomania)*, jakoteż w podnieceniu połączoném z urojeniem religijném, następnie w podnieceniu historycznem i w okresie podniecenia u paralityków.

Co do 3go: Przedwczesne objawienie się popędu płciowego zdarza się u osób neuropatycznych, zwłaszcza pod wpływem dziedzicznym pozostających; u starców popęd płciowy wygórowany jest objawem częściowym niedołęztwa starczego.

Co do 4go: Jakkolwiek żadną miarą nie można wszystkich przypadków nienaturalnego zaspokojenia popędu płciowego (samogwałt, pederastyja, sodomija) kłaść na karb zboczenia umysłowego, to jednak są przypadki, które już potwornością swoją zwracają uwagę na istnienie zboczenia umysłowego. Przypadki te znów są dwojakiego rodzaju.

a) Skłonność płciowa do osób płci drugiéj istnieje wprawdzie, ale sposób zaspokojenia popędu jest przewrotnym, ponieważ chuć płciowa nie zadowala się zaspokojeniem zwykłém, lecz łączy się z antropofagiją lub nekrofiliją; człowiek zaspokaja swą chuć na osobie żywéj a następnie zabija i bezcześci ją, albo zaspokaja chuć na zwłokach.

b) Niema skłonności płciowéj do osób płci drugiéj, ale za to występuje skłonność płciowa do osób téj saméj płci; jest to przewrotne uczucie płciowe *(conträre Sexualempfindung)* w znaczeniu ściślejszém, które już ma osobną swą historyję. Pierwszy był Casper, który w takich przypadkach przypuścił t. zw. *„Psychopathia sexualis;“* po nim wystąpił w obronie ludzi obdarzonych takiém uczuciem prawnik Ulrichs (w licznych broszurach), następnie opisali przypadki szczególne Griesinger, Westphal, Schminke, Gock, Servaes (w *Archiv f. Psychiatrie)*, Scholz (w *Viertelj. f. ger. Medicin)* i Stark *(Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXI)*. Obszernie rzecz ta traktowoną jest w Krafft-Ebingu: *Gerichtl-Psychologie)*. *(Archiv f. Psych. u. Nervenkr. 1877, 2 Hft).* *L. B.*

VII. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia go 6 lutego 1878 r.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na porządku dziennym jest dyskusyja nad leczeniem krztuśca, który od niejakiego czasu coraz silniéj w mieście się rozszerza. Dyskusyję rozpoczyna Dr. Zielewicz, wywodząc, że przyczyną tego cierpienia według zdania jednych ma być nerwi-

ca nerwu błędnego, według drugich nieżyt krtani i tchawicy przechodzący aż do najdrobniejszych rozgałęzień oskrzelowych; według innych jeszcze ma to być choroba zakaźna, wywołana przez prątki. Letzerich przynajmniej twierdzi, że w plwocinach znajdował prątki, a nadto że przeszczepienie plwocin na króliki u tychże wywoływało krztuśce. Inni jednakże badacze nie potwierdzają tego zapatrywania Letzericha.

Z licznych środków antispasmodycznych, jakich Dr. Z. używał przeciwko krztuścowi, najwięcéj jeszcze skutecznym okazał się wodan chloralu, do którego nadto w razie nieżytu oskrzeli dodawał lekki napar wymiotnicy. Prócz tego stósował z korzyścią wdychania z solanki inowrocławskiéj, (która, jak wiadomo, zawiera także nieco jodu i bromu) i z benzyny. Co do ostatniego środka, to przytacza Dr. Świderski, że we Wrocławiu prawie ogólnym jest sposób leczenia krztuśca wdychaniami benziny i że rezultaty takiego leczenia są nadspodziewanie dobre.

Dr. Kaczorowski namienia, że w leczeniu krztuśca należy zważać nie tylko na przyczyny, ale przedewszystkiém na stadyjum, w którém się choroba znajduje. Najpierw przychodzi nieżytowe zajęcie oskrzelów, a potém dopiero nerwica. W pierwszém stadyjum konieczne są środki łagodzące, jak chloran potasowy, które w ogóle błogo działają na wszystkie błony śluzowe, daléj wodan chloralu, który nawet najmniejsze dzieci znoszą dobrze; do środków narkotycznych z rzędu makowcowych, z powodu przystępującéj niedodmy płuc, nie miałby odwagi. Wdychania benziny również znakomite oddają usługi. Atoli za najważniejsze w całym przebiegu choroby uważa autor czyste powietrze, które nie tylko latem, ale i zimą stósować należy. To też dzieci chore na krztusiec powinny nawet zimą wychodzić często na wolne powietrze i tylko wśród wiatrów ostrych północno-wschodnich pozostać w domu. Również pokoje należy regularnie przewietrzać codziennie, i to tém więcéj jeśli się przypuszcza, że przyczyną tego cierpienia są organizmy roślinne, które się tém łatwiéj wytwarzają w nieprzewietrzanym pokoju.

Zdaniem Dra Koszutskiego wszystkie środki przewyższa wodan chloralu, który już od przeszło pięciu lat stósuje w krztuścu, i który sam działa dostatecznie. Przytém zwraca uwagę na tę okoliczność, ażeby pożywienie dzieci, cierpiących na krztusiec, było silne i treściwe. W niektórych razach spostrzegał dobre rezultaty po zadaniu wyższych dawek chininu.

Dr. Świderski używał z równie szczególnym skutkiem chloranu potasowego w pierwszym okresie cierpienia; w okresie zaś nerwowym dawał wśród dnia wodan chloralu, a na noc roztczyn bromku potasu.

Dr. Kaczorowski zauważa jeszcze, że czwarte niejako stadyjum krztuśca tworzy zapalenie oskrzeli płucowe *(bronchopneumonia)*, dla czego to należy dzieci często osłuchiwać; zapalenie to oskrzelo-płucowe rozwija się zwykle z niedodmy płuc. Skoro się tedy rozpozna niedodmę, należy zaraz podawać silne leki wykrztuśne, jak kamforę, kwas będźwinowy. Ponieważ zaś choroba ta długo trwa, trzeba prócz wina i posilającéj dyjety stósować także zimne wycierania ciała.

Według Dra Jarnatowskiego krztusiec jest krztuścem i pozostaje nim, pomimo wszystkich środków. Po takowych zdaje się wprawdzie następować pewna ulga, ale kto wie, czy to zasługą leków, boć i bez tych choroba ustępuje sama i publiczność też bardzo często nie zasięga rady lekarskiéj. Terapija więc w krztuścu, zdaniem Dra J., działa nadzwyczaj mało. Jedyny wodan chloralu robi napady rzadszemi, ale nie leczy krztuśca. Zapatrywanie to zbija Dr. Zielewicz dowodząc, że gdy choroba ta bezlecznie trwać może od 4 tygodni do roku, to przy leczeniu odpowiedniém trwa w przecięciu odpowiedniém daleko krócéj, a więc coś przypada na koszt terapii. Zresztą, że i niższe warstwy mają zaufanie do leczenia tego cierpienia, świadczy najlepiéj wielka liczba przypadków krztuśca (80—100), jaką miał sposobność spostrzegać w tutejszym szpitalu dziecięcym, założonym zaledwie od kilku miesięcy.

3) Następnie Dr. Kaczorowski opowiada o rzadkim przypadku wrzodu krtaniowego. Szkodliwy wpływ zębów sztucznych na jamę ustną, mianowicie gdy się nie zachowuje odpowiedniéj czystości, znanym jest dostatecznie. Prócz niemiłego odoru występują zaburzenia w trawieniu i nieżyt żołądkowy; u osób, które zatrzymały korzenie, tworzy się naokoło dziąseł spulchnienie i zaczerwienienie, które nieraz przechodzi na podniebienie, łuki podniebienne, a nawet na tylną ścianę gardziela. W takich razach prawie zawsze znajduje się pleśnica biaława *(oidium albicans)*. Przed paru tygodniami radziła się Dra K. panna 20 letnia, która narzekała od dość dawna na kaszel, boleści krtani, brak apetytu i ogólne zesłabnienie. Podniebienie i łuki podniebienne były mocno zaczerwienione; ta sama czerwoność na pokrywce krtaniowéj i nadto na prawém więzadle mały wrzód. Ponieważ osoba ta w ostatnim czasie schudła znacznie, w szczytach płuc miała lekki nieżyt i pochodziła z familii suchotniczéj, przeto okoliczności wszystkie przemawiały za wrzodami gruźliczemi. Gdy jednakże po dłuższém obserwowaniu choréj nie wystąpiły żadne wybitniejsze znamiona gruźlicy, a zaczerwienienie, kaszel i wrzód nie ustępowały wcale, zbadał K. dokładnie jamę ustną i przekonał się, że skutkiem sztucznych zębów wytworzyły się wrzodki i zapalenie dziąseł oraz podniebienia i że ztąd wytworzyła się pleśnica biaława, która przeszła także na krtań i ta może wywołała owo owrzodzenie. Po usunięciu sztucznych zębów i pilném wypłókiwaniu jamy ustnéj chloranem potasowym oraz garbnikiem, zagoił się wkrótce wrzód krtaniowy, kaszel ustał i odżywienie ciała poprawiło się w krótkim stosunkowo czasie; tylko głos pozostał nieco chrypliwym.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Stanisław Jerzykowski sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 21 marca. Z Nru 6 *„Zdrowia“* w Warszawie wychodzącego dowiadujemy się, że „III Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał odbyć się w r. b. w Krakowie, prawdopodobnie miejsca mieć nie będzie“.

Pokazuje się, że obawa, którą wyraziliśmy w numerze przeszłym, była uzasadnioną; nic bowiem naturalniejszego, że lekarze i przyrodnicy zaczynają powątpiewać o odbyciu się Zjazdu w r. b. w Krakowie, skoro wydział gospodarczy dotąd znaku życia nie daje. A jakkolwiek doniesienie powyższe *„Zdrowia“* dotąd nie jest uzasadnioném, obawiamy się, aby przez nieczynność Wydziału nie nabyło podstawy zbyt uzasadnionéj.

* Na jedném z ostatnich posiedzeń Tow. lekarskiego gubernii kaliskiéj Dr. Rymarkiewicz wniósł projekt o obowiązkowych oględzinach zwłok. Dr. R. uważa oględziny obowiązkowe za konieczne szczególniéj między ludnością starozakonną, która grzebie ciała w dniu, w którym śmierć nastąpiła, a także potrzebne dla statystyki i ze względu na zdarzyć się mogącą śmierć pozorną. *(Kur. Warsz.)*

Ważniejszym zapewne, aniżeli sprawdzenie śmierci pozornéj, co do któréj obawa jest mocno przesadzona, jest wzgląd na wykrycie śmierci gwałtownéj oraz inne przez wnioskodawcę przytoczone okoliczności; jednak myli się wnioskodawca, jeżeli mniema, że obowiązkowe oględziny zdolają zapobiedz szybkiemu chowaniu zwłok u starozakonnych. U nas oględziny obowiązkowe istnieją, a żydzi pomimo to chowają zmarłych w kilka godzin po ustaniu życia.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 10 (od 3 — 9 marca włącznie) umarło w Krakowie osób 37; 22 mężczyzn i 15 kobiet; 15 osób w obwodach i 22 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 34,7; we Lwowie 38,9; w Warszawie 29,7; w Poznaniu 31,9; w Wiedniu 32,5; w Budapeszcie 44,1; w Pradze 40,2; w Tryjeście 40,7; w Bazylei 35,6; w Brukseli 22,8; w Paryżu 28,6; w Londynie 23,1; w Kopenhadze 23,1; w Chrystyjanii 22,8; w Petersburgu 59,6; w Odessie 30,4; w Wenecyi 35,3; w Bukareszcie 37,3; w Barcelonie 34,1; w Aleksandryi 36,1; w Berlinie 25,8; w Królewcu 40,2; w Monachijum 45,4; w Würzburgu 41,5; w Lipsku 22,2; w Dreźnie 25,4. W tymże czasie zmarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 10, a mianowicie: z duru brzusznego 1 osoba, z duru powrotnego 8, z czerwonki 1. Przypadki duru powrotnego są rzadsze i rzadziéj kończą się śmiercią.

— **Warszawa**. Jako przykład nieproporcyjonalnego rozkładu godzin wykładu niektórych przedmiotów w tutejszym wydziale lekarskim przytacza *Sowr. Med.* między innemi, że fizyjologija wykładaną tu bywa w 4 godzinach na tydzień, choroby zaś syfilityczne w 6 godzinach; co do katedry anatomii opisowéj, pro-

sektor Przewalski nie kieruje ćwiczeniami w sali sekcyjnéj, lecz wprawia uczniów na sekcyjach patologicznych, a prof. anatomii wykłada swój przedmiot i ćwiczy uczniów w sali sekcyjnéj po 18½ godzin na tydzień; medycynę sądową wykładają w dwóch godzinach na tydzień, a higijenę i policyję lekarską w 6ciu.

* **Berlin**. Siódmy kongres niemieckiego towarzystwa chirurgów odbędzie się od 10 — 13 kwietnia r. b.

* **Paryż**. W miesiącu sierpniu r. b. odbędzie się tu międzynarodowy Zjazd higijenistów.

* **Mianowania**. Dr. Paweł Plósz, prof. nadzw. chemii patolog. w Budapeszcie powołany został jako prof. zwyczajny tegoż przedmiotu do Insbruku.

* **Nekrologija**. W Anglii umarli: Dr. Corbett, prof. anatomii w Dublinie; chirurg Dr. Jones i psychijatryk Dr. Tomasz Prichard. We Francyi † Dr. Alfred Donné, rektor honorowy akademij lek. w Strassburgu i Montpellier.

* **Kronika wojenna**. Korespondent do *Vossische Ztg.* daje następujący okropny obraz lazaretu tureckiego w mieście Ruszczuku:

. . . „Zrobiłem znajomość z pewnym lekarzem, którego mundur wojskowy, fez na głowie, a szczególniéj wydatne rysy oryjentalne złudziły mnie z początku, iż mam z rodowitym turkiem do czynienia; przekonałem się późniéj, że mój nowy znajomy mówił wybornie po niemiecku i był austryjackim poddanym. Zaproponował mi, abym z nim razem zwiedził lazarety. Nie zapomnę nigdy tego widoku. Kilka tysięcy chorych i rannych leży dotąd jeszcze w Ruszczuku, prawie wszyscy maruderzy armii naddunajskiéj zostali pomieszczeni w tamtejszych szpitalach, a dopiéro pod koniec przeszłego roku, kiedy jeden szpital czerwonego krzyża przez spadające bomby zniszczonym został, wydalono część rannych bądź to na okrętach, bądź téż na podwodach z miasta. Reszta pozostała są to sami ciężko chorzy, z małą nadzieją życia i wyzdrowienia. Lazaret mieści się w obszernéj halli, po części żaglowém płótnem, po części deskami pokrytéj. W lazarecie leżą sami turcy, gdyż rosyjanie dopiéro po zajęciu twierdzy założyli dla siebie osobny szpital. W tym tureckim szpitalu niema wprawdzie wielkiego nieporządku, ale jakoś ubogo, nędznie, smutno, wszystkiego brak, trochę tylko łóżek żelaznych, zresztą same prycze drewniane, temperatura nierówna, raz gorąco jak w bani, drugi raz zimno jak w psiarni, ani obsługi dostatecznéj, ani wentylacyi. Litość bierze patrzeć na tych biedaków, obojętnie spoglądają chorzy na obcego przybysza swemi dużemi szklannemi oczyma, czasem tylko jakaś wychudła koścista ręka podniesie się nad głową, przyzywając lekarza; taki tu zwyczaj. — Wszystko to kandydaci do trumny — rzekł mi doktór, tu panuje dysenteryja, to nic jeszcze — zobaczysz pan wkrótce gorsze choroby. Weszliśmy do drugiego przedziału; około 400stu chorych leżało obok siebie. Jakkolwiek paliliśmy cygara, niezmierny odór zatruwający powietrze zdaleka już dał się nam uczuć. — Chcesz pan wejść głębiéj? — zapytał mnie lekarz — tutaj tyfus wysypkowy, ja bywam codziennie w téj atmosferze. — Chodźmy — odpowiedziałem machinalnie. Szybkim krokiem przeszliśmy salę; w najrozmaitszych pozach, które walka ze śmiercią i konanie nadaje człowiekowi, leżeli turcy. Większa część miała na twarzy duże, wypieczone plamy z gorączki, inni bez plam, ale trupią bladością pokryci, wyglądali jak grobowe mary. W sali było cichutko jak na cmentarzu. Jedynem zajęciem nielicznéj służby w tym przedziale było, jak się zdaje, wynoszenie umarłych. Być lekarzem takiego lazaretu, to poświęcenie i odwaga nielada! Około 70% chorych umiera, śmierć pisze tu zamiast doktora recepty. Cały lazaret przedstawia się jak jeden z obrazów Dantejskiego piekła. Chorzy skuleni siedzą na posłaniu, czekając ostatniéj godziny i wyzwolenia od cierpień; tu lub owdzie jakiś biedak stoczył się w konwulsyjach na podłogę i kona. Szarpie, opaski, narzędzia chirurgiczne, karafki z wodą, wszystko to porozrzucane leży w nieładzie. Od czasu do czasu ciche jęki, charczenie śmierci, albo wołanie o pomoc zadrży w powietrzu, wśród którego unoszą się wyziewy zgnilizny. Anioł zarazy stoi na straży u wejścia do tego przybytku. Uchodźmy ztąd!

Odetchnąłem świeżém powietrzem, bo przyznać trzeba, iż Ruszczuk ma bardzo zdrowe położenie na wzgórzu. Poszliśmy z doktorem okadzić się chlorem w komórce dezinfekcyjnéj. Rosyjanie natychmiast po wkroczeniu do miasta zajęli się środkami ostrożności w celu powstrzymania zaraźliwéj choroby i umiejscowienia jéj o ile możności, dlatego téż przystęp do miasta został tak utrudniony. Oby tylko wychodzący turcecy nie rozwlekli za sobą zarazy!

Znajduje się w Ruszczuku jeszcze drugi lazaret dla tyfoidalnych, ale już mi widok jednego wystarczał. Doktór zapewniał mnie, że tyfus wysypkowy nie występuje jeszcze w najgorszych objawach, gdyż rozwinął się z tyfusu głodowego. *(Kur. Warsz.)*

Redakcyja otrzymała:

Dra SZOKALSKIEGO: Stanowisko naukowe Ciołka (Vitelliona) w średniowiecznéj optyce. Osobne odbicie z Ateneum. Warszawa 1878, duża 8ka, str. 52. (Sprawozdanie podamy późniéj.)

Piśmiennictwo lekarskie. Prof. Dr. V. CZERNY: Beiträge zur operativen Chirurgie. Mit 2 lithogr. Tafeln u. Holzschn. F. Enke 1878, 14 mk.

Dr. K. STAHL: Geburtshülfliche Operationslehre. Nach den Vorlesungen des Prof. Hegar. Enke 1878, 4 m.

E. Du BOIS-REYMOND: Culturgeschichte der Naturwissenschaft. Leipzig 1878, Veit et Cie m. 1·60.

C. von NÄGELI: Die niederen Pilze in ihren Beziehungen zu den Infectionskrankheiten und der Gesundheitspflege. München 1877, Oldenburg. Duża 8ka str. XXXII. 285. 6 m. 60 fen.

W piątek dnia 29 marca odbędzie się posiedzenie **Komisyi higijenicznéj** Towarzystwa lekarskiego krakowskiego o godzinie 6téj popołudniu, na którém po załatwieniu spraw administracyjnych Dr. Lutostański 1) mówić będzie o ścianach, wyprawie i pokryciu tychże ze względu na przewietrzanie naturalne, 2) przedstawi i objaśni plany domu cmentarnego i przedpogrzebowego w Krakowie, 3) przy sposobności przedstawienia sprawozdania prof. Dra Hoffmana do Rady miejskiéj m. Lipska mówić będzie o wodociągach tegoż miasta.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S. w S. Rozprawy, o któréj kolega wspominasz, nie znamy, ale zwracamy uwagę kolegi na rozprawę Lindpaintera, z któréj kol. Obtułowicz zdał sprawę w Nr. 7 Przegl. Lek. z rb. Za pomocą roztworu 3% kw. borowego można gardło pędzlować, a nawet płókać lub przestrzykiwać u dziecka za pomocą zwykłéj strzykawki lub téż zwilżać za pomocą zwykłego rozpylacza Richardsona. Środek ten prócz lekkiego pieczenia nie sprawia innych dolegliwości. — Dziełu Hofmanna dajemy bezwarunkowo pierwszeństwo przed każdém innem niemieckiém, skoro kolega Caspra-Limana już posiadasz.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 54.

OGŁOSZENIE.

W celu rozdania stypendyjum jednorazowego na podróż w kwocie 850 zł. z fundacyi JW. Radcy stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszém Konkurs.

O stypendyjum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdaléj w przeciągu dwóch lat po ukończeniu studyjów. Każdy z ubiegających się powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia 1 Kwietnia b. r. na ręce podpisanego lub jego zastępcy.

Kraków d. 22 Lutego 1878 r.

Piotrowski
Dziekan.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: **Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.**

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 30 Marca 1878. № 13. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

Przypadek bąblicy zwyczajnéj z przebiegiem złośliwym.
(Pemphigus vulgaris malignus.)

Skréślił Dr. **Ferdynand Obtułowicz**,
Asystent téjże kliniki.

(Odczyt miany przy przedstawieniu chorego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w dniu 6 lutego 1878.)

Przypadek chorobowy, który ośmielam się dzisiaj szan. Towarzystwu przedstawić, należy do rzadszych w dziedzinie dermatologii i tém bardziéj interesujących, że dotąd badania tak co do istoty choroby i jéj momentu ajtyjologicznego, jakoteż co do zabiegów terapeutycznych nie są ukończone i dopiéro w dalekiéj może przyszłości umiejętnego doczekają się rozwiązania.

Cierpienie to skórne należy, jak to pobieżny nawet rzut oka na przedstawionego chorego nas poucza, według podziału Hebry do działu chorób wypocinowych z przebiegiem przewlekłym *(Dermatoses exsudativae chronicae)*, w szczególności zaś do grupy osutek pęcherzowych *(Dermatoses bullosae)*.

Chory Onufry Sokolik, lat 52, wyrobnik ze Szkwirny na Morawie, opowiada, że aż do ostatnich czasów cieszył się zawsze pomyślnym stanem zdrowia, a dopiéro na miesiąc przed przybyciem na klinikę prof. Dra Rosnera w dniu 9 stycznia r. b. zauważył, iż najpierw na nogach wśród objawów mocnego swędzenia i pieczenia wystąpiły pęcherze wypełnione cieczą przeźroczystą, które następnie pękały, zsychały, a po odpadnięciu łusek przyskórka pozostawiały jako ślad po swém istnieniu plamy ciemno-cisawo zabarwione. Późniéj pojawiały się także pęcherze tego rodzaju na plecach, na przodkowéj ścianie klatki piersiowéj, na odnogach górnych i dolnych. Ponieważ choroba ta nie ustępowała i ustawicznie nowe pęcherze wprawdzie w ilości skąpéj, ale bez przerwy, na rozmaitych miejscach skóry się pojawiały, przeto chory nasz postanowił szukać w zakładach leczniczych krakowskich pomocy lekarskiéj dla siebie, a idąc za radą szan. kol. Dra Buszka zgłosił się do nas w pierwszych dniach r. b.

Zmiany chorobowe w chwili jego do nas przybycia są z malemi odcieniami niemal takie same, jakie u niego Panowie dzisiaj spostrzegacie. Mężczyzna ten, wzrostu średniego, dobrze zbudowany, ale z podściółką tłuszczową słabo rozwiniętą, ważący 96½ funt., przedstawia najpierw na wardze dolnéj ust na samém pograniczu błony śluzowéj tuż koło kąta ust po stronie lewéj pęcherz wielkości grochu o powłoce obecnie już nieco pomarszczonéj, barwy blado-żółtawéj, osadzony na powierzchni zupełnie prawidłowéj, niezaczerwienionéj. Po wywinięciu wargi dolnéj spostrzegać się daje na stronie błony śluzowéj w samym środku wargi exkoryjacyja powstała skutkiem pęknięcia małego pęcherza. Podobneż miejsce pozbawione przyblonka spostrzegamy na błonie śluzowéj wargi dolnéj, jakoteż na błonie śluzowéj policzka lewego i na pograniczu podniebienia twardego i miękkiego z tą jednak różnicą, iż w miejscach na ostatku wspomnionych na tle ekskoryjacyj przebijały drobne punkciki krwawo zabarwione czyli maleńkie wybroczyny.

Na twarzy, na skórze głowy włosami pokrytéj i na szyi nie ma obecnie zmian żadnych; za to na przodkowéj ścianie klatki piersiowéj tuż powyżéj wyrostka mieczykowatego kości mostkowéj widać pęcherz wielkości małego orzecha włoskiego o powłoce sfałdowanéj w środku surowicą z domieszką krwi wypełniony, ztąd barwy ciemno-czerwonéj, a w sąsiedztwie jego znajdują się miejsca wielkości centa świéżo wytworzonym, różowym przyskórkiem pokryte i uwieńczone na brzegu resztkami zeschłego przyskórka pozostałego po pęknięciu pęcherzy. Z tyłu, szczególniéj w okolicy lędźwiowéj, widać mnóstwo plam razem z sobą pozlewanych kształtu okrągłego lub owalnego, barwy ciemno-cisawéj, jako ślad po pęcherzach dawniéj w tém miejscu powstałych. Na granicy dolnéj i bocznéj plam co dopiéro opisanych widać świéże pęcherze pęknięte lub na wpół jeszcze cieczą żółtawą wypełnione.

Najpiękniéj jednak utrzymane i świéżo wytworzone pęcherze widać na odnogach górnych i dolnych. Otóż na powierzchni przodkowéj dolnéj połowy barku lewego zauważyć można dwa pęcherze wielkości orzecha włoskiego, kształtu kulistego, o ściankach mocno napiętych, nieco żółtawo zabarwionych, a treści niemal jak woda przejrzystéj. Powyżéj i i poniżéj ich widać już to plamy barwikowe wielkości centa, już to miejsca różowawym przyskórkiem pokryte ze strzępkami przyskórka na brzegach. Dużo plam tego rodzaju widać na wewnętrznéj powierzchni obu ud obok świeżych pęcherzy już to większych już to mniejszych, a nawet co jeszcze bardziéj uwagi jest godném w obwodzie plam takich, a prawie nigdy na samém ich tle, powstają świéże pęcherze kształtu zazwyczaj podłużnego zwiększające się zwolna w ciągu dni kilku, aż nareszcie osiągnąwszy wielkość orzecha włoskiego lub jaja gołębiego pękają i goją się następnie nie pozostawiając po sobie żadnéj blizny tylko plamę barwikową zwiększającą obwód plamy dawniejszéj.

Badanie skóry, szczególniéj zaś czucia skórnego tak za pomocą prądu przerywanego, jako téż za pomocą estezyjometru łaskawie uskutecznione przez Doc. Dra Domańskiego nie wykryło zgoła żadnego upośledzenia, owszem nawet chory za przytknięciem końców estezyjometru zrywał się nieco i oddziaływał tak, jakby cierpiał na przeczulicę skóry w małym stopniu.

Badanie organów wewnętrznych nie wykazało zmian żadnych, w szczególności zaś ani śledziona, ani wątroba nie są powiększone, a tony serca czyste; gorączki nie było żadnéj.

Taki obraz chorobowy pominąwszy już badania moczu, krwi i płynu wziętego z pęcherzy, o których obszerniéj pomówię poniżéj, przemawia bardzo dobitnie za rozpoznaniem b ą b l i c y z w y c z a j n é j *(Pemphigus vulgaris)*, która to choroba zdaniem niektórych autorów miała być już znaną Hipokratesowi pod nazwą *Phlyktenides* i C e l s u s o w i. Nie wdając się w uczone spory zaznaczam tylko pobieżnie na tém miejscu, iż obaj ci starożytni lekarze upatrywali bardzo trafnie podobieństwo tego cierpienia skórnego do obrazu, jaki się przedstawia po oparzeniu skóry, wywołującém również pęcherze cieczą przeźroczystą wypełnione. W przypadku dzisiaj Panom przedstawionym rozpoznanie nie jest zbyt trudném z powodu okresu niejako kwitnienia samejże choroby, a nadto rozpoznanie powyższe czyni zadosyć wszystkim warunkom wymaganym przez umiejętne rozpoznanie; mamy tu bowiem do czynienia z rozlicznemi podniesieniami przyskórka przez płyn surowiczy, powstałemi wśród objawów swędzenia, a po pęknięciu pęcherzy co dopiéro wzmiankowanych nie powstaje żadne owrzodzenie, tylko exkoryjacyja gojąca się szybko z pozostawieniem charakterystycznéj plamy barwikowéj; nie widać również nigdzie blizny, jak to się zdarza niekiedy u osób dorosłych w podobném cierpieniu występującém na tle kiłowém.

Wystąpienie pęcherzy pojawiających się naraz w kilku miejscach odległych od siebie powtarza się w przypadku niniejszym nieprzerwanie od chwili przybycia chorego — lubo liczba pęcherzy w ogóle jest dosyć skąpą — a objaw ten dopełnia najważniejszéj cechy przykrego tego cierpienia wyniszczającego zwolna cały organizm chorego i nadaje mu przymiotnik niezbyt pod względem rokowania ponętny „bąblicy złośliwéj *(pemphigus vulgaris malignus)*“.

Na baczną uwagę w cierpieniu tém zasługują badania moczu, krwi, jakotéż treści zawartéj w pęcherzach tak pod względem jéj własności chemicznych, jakotéż pod względem zaraźliwości, a o wynikach badań umiejętnych przedsiębranych przez różne powagi w dziedzinie dermatologii pozwalam sobie nieco obszerniéj pomówić.

I tak najpierw badania moczu w podobnych przypadkach przedsięwbrane przez prof. R a y s k i e g o wykazały od działywanie moczu kwaśne, c. g. 1,120, zwiększoną ilość kwasu mlékowego, mocznika i kwasu moczowego. H e l l e r w przypadku bąblicy zakończonym śmiercią wykrył, iż w moczu fosforany ziemne były prawidłowe, za to siarkany bardzo zwiększone, a ilość chlorków i mocznika okazała się znacznie zmniejszoną.

W przypadku naszym badanie moczu łaskawie uskutecznione przez prof. Dra S t o p c z a ń s k i e g o wykazało barwę wino-żółtą, oddziaływanie kwaśne, c. g. 1,026, osad nieco zwiększony. Barwiki jak urochrom, szczególniéj zaś uroksantyna czyli indykan bardzo silnie zwiększone, zresztą składniki prawidłowe, tylko fosforany potasowców i siarkany zwiększone. Białka ilość bardzo mała, ślad jego jednak dobrze spostrzegalny, a fosforanu wapniowego zasadowego ilość znaczna. W osadzie znaleziono zwiększoną ilość śluzu, fosforan wapniowy zasadowy i nieco fosforanu amono-magnowego. Takiż sam był rezultat badania moczu w przypadku obserwowanym na klinice prof. Rosnera w r. 1869 u chłopca 13-letniego, nazwiskiem Onufrego Gąsiora, u którego pęcherze pojawiały się na całém ciele, a do około plam barwikowych występowała znów obwódka z drobnych pęcherzyków złożona. W przypadku tym rozpoznano *Pemphigus vulgaris malignus scrophulosus totius corporis* i podawano ze skutkiem pomyślnym roczyn Fowlera, albowiem po czterech miesiącach wypuszczono chorego po szczęśliwie przebytém zapaleniu płuc i przerwie wybuchów pęcherzy świeżych.

Podobny również wynik badania moczu był u Antoniego Gawłowskiego, 60-letniego wyrobnika z Zabierzowa, u którego w chwili przybycia na naszą klinikę 4 lipca r. 1877 rozpoznano *Pemphigus vulgaris chronicus malignus scrophulosus*. Cierpienie to miało się pojawić dopiéro przed dwoma miesiącami ogarniając zwolna całą skórę i wyniszczając siły chorego. Mocz barwy wino-żółtéj, silnie wysyconéj, oddziaływania kwaśnego, c. g. 1·034 zawierał ślad białka zaledwie dostrzegalny; zwiększoną ilość urochromu, mocznika, kwasu moczowego, fosforanów i siarkanów. Chory ten po 10-dniowym pobycie u nas, przebywszy silny nieżyt oskrzelowy, opuścił zakład kliniczny z polepszeniem o tyle, iż tylko dwa świéże pęcherze przybyły, a wszystkie inne popękały i pozsychały tworząc strupki pokrywające exkoryjacyje.

Tak z tych rozbiorów moczu, jak i z rozbiorów płynu samych pęcherzy i badań krwi nie można było dojść do żadnych dodatnich wniosków wyświecających istotę saméj choroby. I tak Braune, Henryk Martius, szczególniéj zaś Fuchs uważając za przyczynę téj rzadkiéj choroby niedostateczne wydzielanie się moczu twierdzili, iż płyn zawarty w pęcherzach oddziaływa kwaśno, a nawet zawiera mocznik i dzielili bąblicę na *Pemphigus hystericus*, *Pemphigus ab infarctibus renum et ab concrementis calculosis in renibus*, tymczasem zaś badania nowszych autorów jak Gustawa i Franciszka S i m o n ó w, Dra H e i n r i c h a i prof. R a y s k i e g o wykazały zgodnie z badaniami H e b r y i naszemi, że oddziaływanie płynu z świéżo rozciętych pęcherzy jest a l k a l i c z n e i że płyn ten zawiera bardzo d u ż o b i a ł k a, co również prof. S t o p c z a ń s k i w całéj osnowie potwierdził.

Co do badań krwi, to w pracowni prof. Scherera wykryto, iż stosunek ciałek krwi i białka jest nieco niższy, niż

w stanie prawidłowym, a badania moje przedsiębrane pod drobnowidem wykazały, iż stosunek ciałek krwi czerwonych do białych jest zupełnie prawidłowy, w samych zaś ciałkach i w surowicy krwi nie dostrzeżono żadnego zboczenia.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Przypadek afazyi urazowéj *(Aphasia amnestica chron. traumatica)* oraz uwagi sądowo-lekarskie nad afazyją w ogóle.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

Gdy w danym przypadku nie zachodzi najmniejsze podejrzenie, jakoby dziewczyna wiejska miała jakiś powód do udawania i aby chorobę tak rzadką pomyślnie udawać zdołała, gdy nadto obrażenie, którego doznała, oraz ciężka choroba, którą przebyła, a wreszcie, i to głównie, okolica czaszki, która ugodzoną została, związek przyczynowy pomiędzy obrażeniem a stanem następowym aż nadto dostatecznie wyjaśniały, nie ulegało wątpliwości, że mamy przed sobą rzadki przypadek afazyi urazowéj przewlekłej i to rodzaj afazyi, który najprzód Ogle, a w ślad za nim Kussmaul *(Die Störungen der Sprache. Leipzig 1877.)* nazywa: *aphasia amnestica.* Niechcąc niepotrzebnie powtórzyć tego, co w ostatnich czasach napisali o afazyi Sander *(Archiv f. Psychiatrie II.)*, Spamer (l. c.) i Kussmaul, a têm mniéj przytoczyć całéj historyi téj choroby, ograniczam się do stwierdzenia faktu, że według dotychczasowych spostrzeżeń afazyja występuje bez porównania częściéj w skutek zmian w lewéj półkuli mózgowéj aniżeli w prawéj półkuli (według Voisina np. w stósunku 140 : 6), że siedzibą tych zmian w lewéj półkuli jest wprawdzie najczęściéj zwój czołowy Broki, oraz wyspa Reilla i przyległe części ciałka prążkowanego, ale nierzadko części te okazują się nienadwerężonemi, a natomiast ciężkie zmiany anatomiczne napotykamy w płacie skroniowym lub ciemieniowym lub w obydwóch razem. To też we wspomnianych na wstępie przypadkach afazyi urazowéj najczęściéj znachodzimy obrażenie w okolicy skroniowéj i ciemieniowéj lewéj, połączone z wgnieceniem kości (np. w przypadku Bonnafonta, Wernhera, Limana, również i w moim).

W przypadku właśnie opisanym uderzenie w głowę wywołało ucisk mózgowy. Ponieważ objawy ucisku wystąpiły bezpośrednio po obrażeniu, przypuścić należy, że głównie wgniecenie kości stało się przyczyną ucisku, jakkolwiek nie można wcale wykluczyć i współdziałania udaru, zwłaszcza wynaczynienia z tętnicy oponowéj środkowéj pomiędzy czaszką a oponą twardą. Ucisk musiał być znaczny, skoro nieprzytomność trwała ciągle przez kilka tygodni. Skoro wreszcie po powrocie samowiedzy znaleziono u obrażonéj mowę wadliwą a następnie sprawdzono afazyję, nie podpada także wątpliwości, iż kość wgnieciona wywołała odrazu obrażenie jeżeli już nie płatu czołowego, to przynajmniéj skroniowego półkuli lewéj i że afazyja byłaby wystąpiła na jaw bezpośrednio po obrażeniu, gdyby kilkotygodniowa, zupełna nieprzytomność nie była jéj zasłoniła.

Jeżeli uwzględnimy, że Maryjanna J. poniosła bardzo ciężkie obrażenie głowy, bo nietylko złamanie łuski skroniowéj połączone z wgnieceniem, ale nadto powikłane z raną oraz z ugnieceniem mózgu, nadto z obrażeniem opon i mózgowia samego, to przyznać należy, że bieg choroby był nader pomyślnym, skoro pacyjentka nie umarła, pomimo, że prawie wcale nie była leczoną, bo pomocy udzielonéj jéj przez kobietę wiejską, a która to pomoc właściwie ograniczyła się tylko do wydobycia z rany kawałka drzewa, przecież za pomoc umiejętną uważać nie można. Lecz wiadomą jest rzeczą, że nawet w przypadkach złamania kości czaszkowych, połączonego z wgnieceniem, nie zawsze powstaje zakrzepica w zatokach i zapalenie opon mózgowych, że części kości wyparte z położenia swego, nawet cząstki odłamane łączą się znów z częściami sąsiedniemi albo za pomocą kostniny, albo, gdzie odstęp jest większy, przynajmniéj powstaje blizna włóknista, mózg zaś ugnieciony akomoduje się powoli w skutek ustąpienia części płynu mózgo-rdzeniowego, a pomimo dłużéj trwającego ucisku obrażony odzyskuje zdrowie w zupełności. Przed kilku laty widziałem wieśniaka młodego w 9tym dniu po obrażeniu głowy całkiem nieprzytomnego od chwili doznanego obrażenia; człowiek ten nietylko wyzdrowiał, ale w krótkim czasie już był w stanie wymierzyć sobie sprawiedliwość na swoim napastniku. Znane są przypadki nieprzytomności przez kilka tygodni trwającéj a kończącéj się zupełnêm wyzdrowieniem. Nierównie gorzéj wprawdzie przebiegają złamania czaszki powikłane z ranami skórnemi, ale i tu zdarzają się przypadki szczęśliwego uleczenia, nawet pomimo braku pomocy lekarskiéj, zwłaszcza u ludu naszego wiejskiego, u którego zranienia głowy czasem nad wszelkie spodziewanie pomyślnie przebiegają.

Wybitnego porażenia połowiczego po stronie prawéj nie było, a obecnie niema żadnych objawów porażenia; pozostała więc czysta afazyja przewlekła, trwająca już od 7 miesięcy. Na zwłokach ludzi, którzy cierpieli afazyję choćby przez czas krótki sekcyja wykazały we wspomnianych częściach półkuli lewéj mózgowéj wynaczynienia krwi, ropnie, nowotwory, a głównie rozmiękczenie martwinne w następstwie zatoru i zakrzepicy tętnicy rowu Sylwijuszowego. Podobna zmiana musi istnieć i u naszéj choréj, wprawdzie ograniczona, skoro niema objawów porażenia, a rokowanie z tego powodu jest lepszém, aniżeli gdyby afazyja istniała obok porażenia połowiczego, coby świadczyło za zmianami rozleglejszemi. Z drugiéj strony atoli samo trwanie kilkomiesięczne choroby wyklucza prawie możebność ustąpienia całkowitego choroby. „Jeżeli w afazyi w ogóle nastąpić ma polepszenie“ — mówi Sander (l. c.) — „musi ono nastąpić prędko, w przypadkach dłużéj trwających rokowanie w każdym razie jest niepomyślnêm“. Wyjątek stanowią tylko przypadki afazyi polegające na cierpieniu kiłowêm mózgu; takie przypadki ustępują po leczeniu przeciwkiłowêm [Sander (l. c.), Domański (Przegl. Lek. 1877, Nr. 48)]. Zresztą afazyja utrzymuje się aż do śmierci, a o polepszeniu o tyle tylko może być mowa, o ile chory zaczyna porozumiewać się na migi lub wyuczy się mozolnie niektórych wyrazów. Natomiast w stanie tym chorzy dość długo żyć mogą, i albo umierają z innéj choroby, albo też rozmiękczenie mózgu szerzy się daléj, uwydatniając się na zewnątrz porażeniem połowiczém po stronie prawéj i stając się przyczyną śmierci (jak w przypadku Broki, którego pacyjent cierpiał afazyję przez lat 10, w innych nawet nierównie dłużéj.)

Afazyja ma pewne znaczenie sądowolekarskie, a to w trojakim względzie:

1) Przed sądem karnym; gdy się rozchodzi o ocenienie tego stanu, jeżeli jest następstwem uszkodzenia cielesnego;

2) przed sądem cywilnym; jeżeli się rozchodzi o zdolność rozrządzenia mieniem swém ze strony człowieka afazyją nagabniętego, a wreszcie

3) przed sądem karnym, jeżeli odpowiedzialność człowieka cierpiącego afazyję jest wątpliwą.

Jakkolwiek przypadki piérwszéj i ostatniéj kategoryi są rzadkiemi, to przecież może nie będzie od rzeczy zastanowić się nad znaczeniem sądowolekarskiém afazyi; już to z powodu, że przypadki drugiéj kategoryi zdarzają się częściéj, już to z powodu, że dzieła nawet specyjalne o kwestyjach tych traktują bardzo pobieżnie, albo je zupełnie nawet pomijają.

I. Przypadki sądowolekarskie afazyi urazowéj, jak powiedziałem, są bardzo rzadkie. Nietylko mnie w ciągu lat 13 poraz piérwszy zdarzył się podobny przypadek, ale oprócz tego przypadku — o ile mnie wiadomo — istnieje tylko drugi opisany przez Limana, który jest bardzo podobny do mojego. Slusarczyk uderzył kupca młotem w głowę, a gdy napadnięty skutkiem tego uderzenia stracił przytomność i upadł, zadał mu jeszcze nożem dwie rany głębokie w szyję. Rana głowowa znajdowała się w okolicy przedniego dolnego kąta kości ciemieniowéj lewéj, była ona gnieciona, trójkątną, a palec wprowadzony do niéj dotknął się wgniecionego na wewnątrz odłamka kostnego wielkości $2^1/_2$ cm. kw.; sądząc po znacznêm wgnieceniu przypuścić wypadało, że i opona twarda oraz mózg zostały nadwerężone. Brak zupełny przytomności obok występujących od czasu do czasu ruchów drgawkowych. Z powodu ogólnéj niedokrewności i osłabienia prof. Wilms, pod którego opiekę obrażonego natychmiast oddano w szpitalu Bethanien zaniechał wszelkich zabiegów operacyjnych. Drugiego i trzeciego dnia spostrzeżono obwiśnięcie prawego kąta ust, oraz drgawki w odnogach po stronie prawéj. Z końcem 3go dnia atoli samowiedza zaczyna wracać, 4go zaś chory jest przytomny, drgawki i niedowład prawéj połowy ciała ustają, jednak chory szczególne tylko wydaje tony i usiluje porozumieć się na migi, bo na wyrazy nie zdobywa się. Po upływie miesiąca chory wymawia już niektóre wyrazy; po największéj części atoli nie znajduje wyrazów na oznaczenie przedmiotów pokazywanych mu, ani téż nie jest w stanie wyrazów tych napisać; za mówiącym jednak powtarza wyrazy a wtedy wypisuje je. Chory pozostał przez 8 miesięcy w szpitalu, wśród którego to czasu zabliźniły się całkiem rany szyjne, z rany zaś głowowéj wydobyto 2 razy po kilka kawałków kości pochodzących z łuski kości skroniowéj; rana głowowa goiła się powoli. Prof. Liman badał obrażonego po raz piérwszy w miesiąc po obrażeniu i w ciągu następnych 9 miesięcy jeszcze 3 razy go widział; afazyja zrazu znaczna, polepszyła się w ciągu tego czasu, jednak nie ustąpiła, owszém wystąpiła pewna tępota umysłu. W obec §. 224 k. k. niemieckiego, wyszczególniającego wszystkie następstwa stałe, stanowiące ciężkie uszkodzenie cielesne, L. znajdował się w trudnêm położeniu, jaką przypuścić kategoryję, aby obrażenie módz uznać za ciężkie. Nie mógł bowiem przypuścić ani „utraty mowy“, skoro obrażony nie ze wszystkiém mowę utracił, ani „chorobę umysłową“, ani „porażenie“, ani „oszpecenie“, oświadczył się więc za „charlactwem“ *(Siechthum)*, zwłaszcza, że takowe wedle ustawy niemieckiéj nie musi być trwałém, lecz wystarcza, jeżeli utrzymuje się przez czas dłuższy. W obec ustawy naszéj dotąd obowiązującéj zadanie znawcy jest mniéj kłopotliwém. Nasamprzód nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że w danym przypadku obrażenie było ciężkiém uszkodzeniem cielesném, z powodu, że pociągnęło za sobą nadwerężenie zdrowia i niezdolności do pracy przez dni 30 przynajmniéj i ponieważ stało się niebezpieczném dla życia (§. 155, b) i e)); następnie zadanie u nas i pod tym względem jest łatwiejsze, że ustawa nasza (§. 156 a)) mówi o „utracie lub trwałém upośledzeniu mowy“ a jak powiedziałem wyżéj, śmiało afazyję dłużéj trwającą uważać można przynajmniéj jako stan połączony z trwałém upośledzeniem mowy.

W przypadku swoim Liman orzekł nadto, że obrażony nie jest w stanie złożenia świadectwa loicznego *(zusammenhängendes Zeugniss)*, że jednak może stawać przed przysięgłymi w towarzystwie lekarza, atoli pod warunkiem, aby niedługo był pytany. W przypadku moim oświadczyliśmy się w podobny sposób, że chora może stanąć do rozprawy w towarzystwie osoby drugiéj (a mieliśmy na myśli brata, który najlepiéj mógł z nią porozumieć się) z tą atoli różnicą, że umyślnie nie wspomnieliśmy nic o zdolności jéj do czynienia loicznych zeznań. Wiedząc z jednéj strony, jak ważném jest przy rozprawie przed trybunałem przysięgłych zeznanie osoby poszkodowanéj, a z drugiéj, że tylko zeznanie uczynione przez osobę, któréj stan umysłowy jest całkiem prawidłowym, ma znaczenie prawne, następnie nabrawszy przekonania, że z Maryjanną J. można się dziś dobrze porozumieć, a niemogąc wykluczyć możebności, że stan jéj do rozprawy nieco się polepszy, skoro się polepszył między drugiém a trzeciém badaniem, niemogliśmy żadną miarą twierdzić, że poszkodowana nie będzie zdolną stanąć do rozprawy, skoro już była zdolną przybyć do Krakowa w miesiącu wrześniu, ale téż nie mogliśmy przesądzić, ażali będzie w stanie zeznawać przy rozprawie w sposób odpowiedni. Wreszcie pojawienie się takiéj choréj przy rozprawie już z tego powodu jest wskazaném, aby sędziowie przysięgli mogli naocznie przekonać się o stanie choréj obrażonéj i doniosłości krzywdy jéj wyrządzonéj. W danym przypadku, jak wyżéj wspomniałem, Maryjanna J. przybyła do rozprawy bez najmniejszéj szkody dla zdrowia swego, a ponieważ po upływie 3 miesięcy stan jéj w niczém nie był się zmienił, przedstawiała się Sądowi tak, jak nam w miesiącu wrześniu.

II. Nierównie większe znaczenie afazyja mieć może w sprawach cywilnych, oczywiście bez względu na to, czy powstała z urazu lub z przyczyn wewnętrznych. Ponieważ człowiekowi nagabniętemu afazyją niedostaje środka objawiania na zewnątrz stopnia swéj pojętności, więc sprawdzanie jego pojętności jest nadzwyczaj utrudnioném a ponieważ nie stanowczo rozstrzygniętym jeszcze jest spór, ażali sprawa myślenia zależy lub nie zależy od wyrazów, więc skorzy jesteśmy do przypuszczenia, że cierpiący afazyję ma i pojętność w mniejszym lub większym stopniu zawsze upośledzoną. Gdyby rzeczywiście tak było, nie podlegałoby wątpliwości, że afatyk nie jest zdolnym do czynienia zeznań, złożenia świadectwa, a tém mniéj do zarządzenia mieniem swojém lub sporządzenia woli ostatniéj. Dla tego w przypadku Limana, jakotéż w moim, zachodzić musiała kwestyja, czy osoba afazyję cierpiąca może czynić zeznania moc prawną mające, jakotéż nieraz rozchodzi się o to, czy chory, jeżeli posiada jakieś mienie, takowém rozrządzać może, (a takie przypadki już nieraz w Sądzie cywilnym miałem), albo wreszcie może być zakwestyjonowaną ostatnia wola chorego.

Jeden z piérwszych autorów o afazyi, Dr. Lordat, prof. medycyny w Montpellier, sam cierpiał tę chorobę przez kilka miesięcy; po wyzdrowieniu swojém zdał sprawę z niéj (w r. 1843), twierdząc, że jakkolwiek podczas choroby nie

pamiętał żadnego wyrazu, ani nawet nie rozumiał wyrazów, które słyszał, przecież znał dobrze swoje położenie, był w stanie snuć należycie myśli, a nawet wykłady swoje. Przemawiałoby to za tém, że obok afazyi istnieć może pojętność wcale nie naruszona. Tymczasem Trousseau (Kussmaul l. c. str. 21) podnosił słusznie, że prof. Lordat mógł łudzić się co do bystrości myślenia swego śród cierpienia, a za tém zdaniem przemawia ważna ta okoliczność. że pojętność Lordata nawet po wyzdrowieniu z afazyi okazala się nieco przytępioną, a w szczególności widział on się zmuszonym odtąd odczytywać dosłownie wykłady swoje, podczas gdy dawniéj odznaczał się świetnemi wykładami ustnemi; przemawia za tém także okoliczność, że inny znakomity lekarz francuski prof. Rostan, który również cierpiał przemijające napady afazyi, podał, że śród napadów spostrzegał sam na sobie pewne osłabienie w bystrości myślenia a nawet niejakie pomięszanie myśli; tak samo podawał pewien lekarz niemiecki, o którym wspomniał Westphal (*Zeitschrift f. Ethnologie VI*, pag. 94.). Jak dalece uzasadnionym być może zarzut Trousseau'a, miałem sposobność przekonania się śród pisania niniejszych uwag.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Przyczyny i wywód chorobowy niektórych przypadków zwątlenia przewodu pokarmowego oraz leczenie tego cierpienia w Krynicy.

Opracował Dr. B. Skórczewski
lekarz zdrojowy w Krynicy.

(Streszczenie obszerniejszéj pracy, która będzie drukowaną w pamiętniku lekarskim warszawskim, II. zeszyt 1878.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 12.)

Pomijając szczegóły tyczące się leczenia choroby będącéj przyczyną zwątlenia przewodu pokarmowego, postępowanie lecznicze w celu uśmierzenia zaburzeń w tym narządzie powinno się na tém opierać, jakie zboczenia odgrywają tutaj główną rolę. W patogenezie uważaliśmy za punkt wyjścia całego cierpienia skurcz tętnic; przeto najodpowiedniejszemi będą leki, które sprawiają ich rozszerzenie. Nie wątpię, że takich leków jest znaczna ilość, ale pragnąc się opierać jedynie na praktyce, uwzględnię tylko te, których w tym celu używałem w Krynicy, a mianowicie: 1) wody ze zdroju głównego podawanéj do picia oraz zmywania brzucha tą wodą, 2) okładów borowinowych na brzuch, i 3) kąpieli borowinowéj, którą uważałem za środek leczniczy działający tak bezpośrednio na przewód pokarmowy, jak też pośrednio na cały ustrój; przeciwnie kąpiele mineralne i picie wody słotwińskiéj, mniemałem, że działają pośrednio na zaburzenia w jelitach usuwając zboczenia następowe w całym ustroju.

Woda ze zdroju głównego jest szczawą wapienno-żelezistą a woda słotwińska jest szczawą magnezyjowo-sodowo-żelezistą; szczegółowe rozważanie chemicznych i fizycznych własności obu tych zdrojów nakłoniło mnie, że wodzie krynickiéj oddawałem pierwszeństwo wtedy, jeżeli więcéj zależało na działaniu kwasu węglowego i niskiéj ciepłoty, a słotwińskiéj wtedy, gdy najważniejszém zadaniem było doprowadzenie do krwi soli nieorganicznych; a więc w zwątleniu używałem pierwszéj głównie dla jéj miejscowego działania na przewód pokarmowy, a drugiéj gdy głównie należało się starać o poprawienie składu krwi.

Nie zaprzeczając doniosłego znaczenia leczniczego, jakie przypisać należy żelazu i wapnu w wodzie krynickiéj, to przecież w tych przypadkach uważam je za drugorzędne, a najważniejsze wydaje mi się tu działanie kwasu węglowego tak wolnego, jak złączonego z zasadami, i mogącego działać w przewodzie pokarmowym *in statu nascenti*, oraz działanie niskiéj ciepłoty.

Powszechnie wiadomo, że małe ilości wody zimnéj podniecają, co też doświadczeniami udowodnił Winternitz, który zarazem wykazał, że odmienném jest działanie większych ilości wody, lub wody o wyższéj ciepłocie. A liczni badacze stwierdzają, że to podniecające działanie wody zimnéj wzmoże się jeszcze, gdy takowa będzie nasyconą kwasem węglowym. Cronters przekonał się, że sam ten gaz wprowadzony do żołądka silnie podnieca, ale w nadmiarze użyty sprawia przeciwny skutek.

Przyrodę podniecenia, jakie sprawia zimna woda, bliżéj zbadał Winternitz, i opisał w znakomitéj swéj pracy o leczeniu zimną wodą; polega ono na chwilowém kurczeniu się naczyń, poczém następuje znaczne rozszerzenie, tak zwane oddziaływanie. W podobny sposób działa kwas węglowy; a Breislak, Boussingault, Herpin, Strouve pierwsi na to zwrócili uwagę, iż pod wpływem tego gazu skóra czerwienieje, po dłuższém zaś jego zastosowaniu występują poty; są to zatém objawy świadczące o zaburzeniu w naczyniach. Aby takowe bliżéj poznać przeprowadziłem w tutejszym zakładzie anatomii patologicznéj odpowiednie doświadczenia, które wkrótce zamierzam drukiem ogłosić, a te przekonały mnie, iż pod wpływem gazu kwasu węglowego rozszerzają się tętnice, zwężają się żyły, sieć naczyń włosowatych obficie krwią się wypełnia, a całe krążenie znacznie się przyspiesza, co trwa dłuższy czas po usunięciu tego gazu.

Nie podnosząc tutaj wielu ważnych szczegółów poprzestanę na zestawieniu tych tylko skutków, które, mojém zdaniem, głównie i bezpośrednio działają w leczeniu zwątlenia. Zimna woda w czasie zetknięcia się ze ścianami żołądka sprawia skurczenie się naczyń, lecz po szybkiém jéj ustąpieniu nastanie oddziaływanie, rozszerzenie się takowych; kwas węglowy zaś zarówno wśród działania na ściany przewodu pokarmowego jak pewien czas po jego usunięciu wywoła rozszerzenie się tętnic i większe wypełnienie układu włosowatego. A zatém pod wpływem obu tych bodźców naczynia zachowują się wprost przeciwnie niż pod wpływem bodźców, które są podstawą zwątlenia.

Kierując się w praktyce uwagami prof. Dietla polecałem picie téj wody w cierpieniach przewodu pokarmowego w bardzo małéj ilości, a śledząc za przyczynami szkodliwości téj wody używanéj w wielkich dawkach przekonałem się, że głównem źródłem takowéj jest mechaniczne ciśnienie wody i kwasu węglowego na ściany żołądka. Skoro w jednéj szklance wody krynickiéj znajduje się blizko 2 szklanki kwasu węglowego, to łatwo pojąć, że przy utrudnioném chłonieniu woda ta dłuższy czas będzie uciskała ścianę żołądka ku dołowi, a skutkiem ogrzania wydobywający się gaz kwas węglowy będzie rozprężał jego górną część. Przez to rozgrzanie wody jeszcze bardziéj utrudni się chłonienie, albowiem, jak to wynika z dawniejszéj méj pracy doświadczalnéj, woda krynicka ciepła powolniéj bywa chłonioną niż zimna. Uwzględniwszy jeszcze okoliczność, że tak

woda zimna jak gaz kwas węglowy odmiennie działają na ustrój, jeżeli się ich użyje w nadmiernéj ilości, sprawiając pewien rodzaj otrętwienia, porażenia, to otrzymamy w ogólnych zarysach obraz, jak bezzasadném jest podawanie wielkich dawek wody krynickiéj w zwątleniu, gdyż nietylko nie osiągamy takiego działania tych leków, jakie pragnęliśmy wywołać, ale nadto wprowadzamy do ustroju istotne szkodliwości.

Woda słotwińska, któréj często używam w leczeniu zwątlenia przeważnie w celu usunięcia zboczeń następowych w składzie krwi, zawierająca prócz żelaza także sód, magn, wapień, potas itd. działa także miejscowo na przewód pokarmowy przez niską ciepłotę i kwas węglowy w podobny sposób jak woda krynicka, lecz słabiéj; jednak odmiennie będą działały sole w niej rozpuszczone, mianowicie rozwalniająco, gdy zaś sole wody krynickiéj działają ściągająco i wzmacniająco.

W podobny sposób, jak przy piciu wody krynickiéj, pojmuję działanie kąpieli z tejże wody, przyjmując jako główne czynniki: zimno, które sprawia kurczenie się tętnic, i kwas węglowy, wywołujący ich rozszerzenie się. Nie rozbierając téj sprawy szczegółowo, gdyż takowa nie stoi w bezpośrednim związku z leczeniem samego zwątlenia, ale raczej jego następstw, które są wspólne niemal wszystkim chorobom przewlocznym, powiem w krótkości, że istotna i ogólna wartość lecznicza kąpieli krynickich polega na działaniu podniecającém i wzmacniającém cały układ naczynio-ruchowy a zarazem na polepszoném odżywianiu wszystkich tkanin. Główne działanie kąpieli borowinowych, pomijając wiele drugorzędnych czynników, upatruję w dwóch siłach biernych, w dwóch oporach, z których jednym jest ciężar kąpieli, a drugim wstrzymane wydalanie ciepła ustrojowego. Z téj ostatniéj przyczyny powinny wszystkie tkaniny, a co najważniejsza tkaniny naczyń uledz zwiotczeniu, a przez to powinnoby się rozwijać w niskim stopniu przekrwienie czynne, a w znacznie wyższym przekrwienie bierne. Pomimo jednak tak sprzyjających warunków takowe nie wystąpi skutkiem działania w przeciwnym kierunku drugiego oporu, mianowicie ciężaru kąpieli, który jest bardzo znacznym. Skutek ucisku najsilniejszym będzie na powierzchni i w tych częściach, w których grubość tkanin podatnych będzie mała, a więc w skórze i odnogach dolnych. Skutkiem znacznego ciśnienia kąpieli borowinowéj zmniejszy się dopływ krwi tętniczéj do tych części ustroju, a zwiększy się wydalanie krwi żylnéj; powstanie niedokrewność miejscowa.

W odmiennych nieco warunkach niż skóra i odnogi dolne znajduje się jama brzuszna podczas téj kąpieli, mianowicie z jednéj strony ciśnienie w niéj będzie mniejszém, gdyż 1) ograniczy się do $^1/_3$ jéj wysklepienia, albowiem będą je wstrzymywały miednica i kręgosłup, 2) gdyż takowe udzieli się w części jamie klatki piersiowéj za pośrednictwem podatnéj przepony, 3) gdyż słup borowiny uciskającéj jamę brzucha jest znacznie niższym od słupa, który ugniata odnogi dolne. Z téj przyczyny krążenie w téj jamie będzie się odbywało pod mniejszym uciskiem niż krążenie w odnogach; ale przypuścić możemy, że już ten ucisk będzie dostatecznym do zapobieżenia gromadzeniu się tutaj krwi w żyłach a nawet do szybszego jéj wydalania. Z drugiéj zaś strony ciepłota w jamie brzusznéj będzie bardziéj podniesioną z przyczyny, że wydalanie ciepła ustrojowego zmniejszyło się przez powierzchnię ciała zanurzoną w kąpieli, a powtóre, że ucisk na naczynia skóry i odnóg dolnych sprawi obniżenie się ciepłoty tych części, a z doświadczeń Brown-Séquarda, Winternitza, Bucha wynika, że ciepłota powinna się podnieść w najbliższém sąsiedztwie miejsc oziębionych.

Prawdopodobném jest, że skoro ciepłota w jamie brzusznéj będzie podniesioną i działanie ciśnienia będzie małém, to ta ilość krwi, która przy wydaleniu z komórki lewéj przeznaczoną była na odżywienie skóry i odnóg dolnych, dokąd skutkiem ciśnienia kąpieli dostać się nie może, użytą zostanie w większéj części dla narządów umieszczonych w jamie brzusznéj. Istotna przeto wartość lecznicza kąpieli borowinowych w wątłości polegałaby na tém, że w całéj jamie brzusznéj skutkiem ciepła rozszerzają się tętnice a obficiéj wypełniają się krwią skutkiem zwiększonego jéj dopływu. Jest to zatém skutek wprost przeciwny temu, co stanowi istotę zwątlenia.

Streszczając działanie leków, jakich używam przeciw wątłości przewodu pokarmowego i ujmując to w jeden obraz, sądzę, że przez odpowiednio zastósowane picie wody krynickiéj kilka razy wśród dnia chwilowo usuwa się skurcz naczyń, który przyjęliśmy za punkt wyjścia tych przypadków chorobowych, zwiększa się dopływ krwi tętniczéj do ścian przewodu pokarmowego, przez co takowe lepiéj się odżywiają; zwiększa się także wydzielanie soków trawiennych i przyspiesza się ruch robaczkowy, przez co ułatwia się ustrojowi tak przyswajanie pokarmów jak wydalanie kału. W podobny sposób wpłynie na odżywienie ścian przewodu pokarmowego jak na zwiększenie wydzielania soków trawiennych kąpiel borowinowa, albowiem pod wpływem ciepła rozszerzą się tętnice w jamie brzusznéj, a skutkiem zmniejszonego dopływu krwi do skóry i odnóg dolnych znaczniéj takowe wypełnią się krwią. Kąpielami mineralnemi usuwa się zaburzenia występujące w całym ustroju; wzmacniają się tkaniny naczyń przez pobudzenie ich nerwów, wzmaga się czynność serca, podnosi się krążenie tętnicze, a z tego wypływa większe wypełnienie naczyń włosowatych, lepsze odżywienie wszystkich tkanin, a przez to wzmoże się także przemiana materyi. Ogólna ilość krwi będzie się zwiększała przez polepszenie trawienia, ustrój bowiem z pokarmów będzie sobie przyswajał większe ilości związków potrzebnych do utworzenia krwi. Ten spieszniejszy wyrób krwi ułatwi się jeszcze przez doprowadzenie do ustroju soli nieorganicznych piciem wody słotwińskiéj obfitującéj w żelazo magn, sód, potas i wapń.

IV. Oceny i sprawozdania.

Oddziaływanie półkul mózgowych na bodźce elektryczne.

Przez Dra Aug. Kwaśnickiego.

Znanym już jest od początku bieżącego stulecia pewnik, że chociaż istota półkul mózgowych jest niejako zbiornikiem wrażeń odczutych w ustroju, sama nie jest czułą, gdyż jak to udowodnili doświadczeniami Magendie, Longet i inni, możnaby ją krajać, przyżegać, zgniatać bez wywołania najmniejszego objawu w sferze czucia lub ruchu.

W r. 1870 Frisch i Hitzig zastąpili dotychczas stósowane bodźce mechaniczne i chemiczne elektrycznemi i przekonali się, że jeżeli się przepuszcza prąd stały przez istotę szarą, powstają skurcze mięśniowe po stronie przeciwnéj ciała, przenosząc zaś elektrody z jednego miejsca na drugie skurcze również przenoszą się z jednego członka do drugiego, z jednéj gromady mięśni do drugiéj.

Po ogłoszeniu doświadczeń przytoczonych badaczy, fizyjolog angielski Ferrier przedsięwziął szereg badań w tymże kierunku i pracy téj, która wyszła w r. 1873, zawdzięczamy tę dokładność i ścisłość w określeniu granic punktów ruchowych mózgu, jakiéj nie znajdujemy w pracach jego poprzedników na tém polu. Krytyka ówczesna przyjmując pracę Ferriera z wysokiém uznaniem, wyraziła jednę tylko wątpliwość, ażali prąd galwaniczny, wywołujący skurcze przez pobudzenie istoty szaréj kory, nie sięga ku podstawie mózgu i nie udziela się rdzeniowi pacierzowemu, który, jak wiadomo, oddziaływa na bodźce skurczami mięśniowemi? Szeregiem nowych badań uzupełnił Ferrier poprzednie swe twierdzenia; cenna ta praca mieści się w obszerném dziele, które w początku bieżącego roku, przełożone na język francuski wkrótce będzie przedmiotem osobnego mego sprawozdania.

Jednocześnie z Ferrierem pp. Carville i Duret w Paryżu powtórzyli badania Frischa i Hitziga a wynikiem téj pracy, uskutecznionéj w pracowni Vulpiana, było nie tylko stwierdzenie wniosków Ferriera, lecz i podanie samodzielnych i ważnych spostrzeżeń, posiadających wielką wartość naukową; badacze ci bowiem przekonali się, że dla wzbudzenia skurczów mięśniowych prądem stałym, zastósowanym na półkule mózgowe, istota szara nie jest niezbędną, i że usunięcie jéj nie zmienia wcale następstw powyższego bodźca na półkule.

D. 30 grudnia przeszłego roku Dr. Pitres w imieniu własném i Dra Francka przedstawił towarzystwu bijologicznemu w Paryżu wyniki badań nad wpływem prądu galwanicznego na włókna istoty białéj, idące od punktów ruchowych kory. Usuwając nożem istotę szarą, badacze ci odkrywali pole płaszczyzną swą prostopadle do osi włókien mózgowych, a przesuwając po niém elektrody, wywoływali skurcze pojedyńczych członków, a nawet całych gromad mięśniowych.

Po uczynieniu powyższéj historycznéj wzmianki, streszczam w krótkości część doświadczalną pracy przytoczonych badaczy, podług sprawozdania Milne Edwardsa, złożonego w paryskiéj akademii nauk.

Hitzig galwanizując istotę korową mózgu psa przekonał się, że część przednia i tylnia półkul mózgowych nie odpowiada skurczom mięśniowym na bodźce elektryczne, że ten objaw jest niejako właściwością płatu średniego; a Ferrier badaniami owemi doszedł do wniosku o tyle odmiennego, że prócz płatu średniego i móżdżek posiada punkty ruchowe; galwanizując część tylną średniego płatu móżdżku królika, wywołał Ferrier skurcz mięśnia prostego wewnętrznego oka lewego oraz będącego z nim w fizyjologicznym związku m. prostego zewnętrznego oka prawego. Stósując bodziec na część średnią tegoż płatu, nie uważał powyżéj wzmiankowanych skurczów, lecz ich antagonistów. Po przeniesieniu elektrodów na powierzchnię tylną płatu bocznego móżdżku powstały ruchy obrotne gałki ocznéj, których kierunek zależał od umiejscowienia elektrodów; nakoniec zastosowując bodziec elektryczny na część przednią i górną wzmiankowanego płatu, obie gałki oczne poruszały się w około swéj osi pozioméj. Powyższe doświadczenia wielokrotnie powtórzył Ferrier na rozmaitych kręgowcach i jeśli skutki były zupełnie też same u zwierząt stojących na wyższym szczeblu organizacyi, nie spostrzegał podobnych objawów na ptakach, żabach, rybach itd. Chcąc ze swych badań wyzyskać jak największą analogię dla mózgu człowieka, Ferrier z szczególną dokładnością badał mózg małpy; wywoływał on skurcze już nie tylko pojedyńczych odnóg, lub całych gromad mięśniowych, lecz pod wpływem jego bodźców powstawały ruchy członków, ogona, oczu, uszu itd., zupełnie takież same, jakiemi się małpa posługuje dowolnie, w celach oznaczonych zakresem jéj stosunków do otaczającéj przyrody.

Liczne te badania przekonały Ferriera, że największym obszarem punktów ruchowych odznacza się mózg małpy, mniejszym zwierząt mięsożernych, jeszcze mniejszym t. zw. trawożernych, a w mózgu ptaków i płazów przestrzeń punktów ruchowych nie dała się oznaczyć.

Powyższa uwaga jest nader ważną przestrogą dla tych badaczów, którzy swe spostrzeżenia poczynione na mózgu jakiegobądź zwierzęcia chcąc wprowadzić w związek analogiczny z czynnościowemi objawami mózgu człowieka. Przeciw wywodom, powstałym na tak błędnéj podstawie, od dawna walczy taka powaga, jaką jest Charcot w rzeczach dotyczących mózgu, a dziś po ogłoszeniu pracy Ferriera łatwiéj dadzą się zrozumieć słowa wypowiedziane przezeń do Brown-Sequarda: „nie chcę psa.“ Charcot i Duret po dłuższych badaniach doszli także do przekonania, że kora półkul posiada ściśle odgraniczone miejsca, których galwaniczne pobudzenie wywołuje skurcz mięśniowy odpowiedniéj okolicy ze strony przeciwnéj. Jednocześnie stwierdzili ci badacze, że obecność istoty szaréj w tych punktach ruchowych nie jest konieczną, gdyż po usunięciu jéj galwanizowanie miejsc ruchowych wywołuje zawsze też same objawy, jakie spostrzegano przy nienaruszalności kory, przecinając włókna istoty białéj, łączące punkta ruchowe z dolnemi częściami mózgu, skurcze nie powstają przy galwanizowaniu kory, tak jak nie spostrzegano ich u zwierząt, pogrążonych we śnie w skutek działania chloroformu, chloralu, eteru itd.

Nakoniec postępując drogą wytkniętą przez Carvilla i Dureta panowie Pitres i Franck udzielili towarzystwu bijologicznemu na jedném z ostatnich jego posiedzeń wiadomości o swych badaniach nad galwanizowaniem włókien istoty białéj. Badania te doprowadzają do wniosku, że włókna te posiadają niejako oddzielność czynnościową, a jakkolwiek ułożone są obok siebie, nie zastępują się wzajemnie i nie tracą swéj samodzielności. Mózg psa, któremu odcięto nożem pokład korowy, tak że tylko istota biała była polem doświadczeń, oddziaływał na bodźce galwaniczne z takąż samą ścisłością topograficzną, z jaką w doświadczeniach Ferriera występowały skurcze przy galwanizowaniu ściśle określonych miejsc istoty szaréj. Pitres i Franck uzupełniają swe spostrzeżenia fizyjologiczne cennemi uwagami z dziedziny patologii, co podnosi bardzo wartość ich pracy.

Znane doświadczenie Flourensa, podług którego po zniesieniu półkul nie ustaje ruch automatyczny i zwrotny, lecz znika u wyższych kręgowców ruch celowy, pobudzony świadomością i wolą, utraca na dotychczasowém swém znaczeniu. Flourens, opierając się na nim sądził, że wola ma swą siedzibę w masie całego mózgowia a po zniesieniu jednéj jego części zastępują ją części nietknięte. Badania wyżéj przytoczonych autorów dobitnie przekonały, że wola, posługując się układem mięśniowym, ma w mózgu wytkniętą drogę, którą tylko może wywołać swój wpływ rozkazujący i że zniszczenie téj drogi niszczy na zawsze harmonię związku sił duchowych i fizycznych ustroju zwierzęcego.

E. Rose (w Zurychu): **O śmierci w skutek wóla i o doszczętnem wólów leczeniu.**

W pięknéj, obszernéj i bardzo przystępnie napisanéj powyższéj rozprawie, którą polecamy nie tylko samym operatorom zawodowym, lecz także i lekarzom zajmującym się chorobami wewnętrznemi, jako zawierającą wiele nowych, ciekawych i niejasne niektóre kwestyje oświecających szczegółów, sam autor następujące daje w końcu streszczenie:

1) Jak każde leczenie wóla, przy którém zostawiamy jeszcze reszty z niego, najczęściéj jest tylko przemijającém i z niebezpieczeństwami połączoném, tak też i o doszczętném jego leczeniu t. j. o zupełném wyłuszczeniu nie można stanowczo orzec, czy jest koniecznėm i czy dorównywa niebezpieczeństwu w ślad za nim idącemu.

2) Rozstrzyga o tém kwestyja dotąd otwarta, czy można umrzeć w skutek wóla.

3) W każdym razie pewną jest rzeczą, że ludzie wólem dotknięci doznają zapadu.

4) Cierpienia wólem wywołane nie pochodzą od mózgu i nie są następstwem zastoin żylnych; rozszerzenie żył jest dla wóla cechującém, jednak ani nie pochodzi od ucisku przezeń wywartego ani téż nie jest następstwem zastoin żylnych.

5) Wprawdzie sprowadza wól przez zastoiny powietrzne różne choroby płuc tak przewlekłe jako też i ostre (rozstrzeń oskrzeli, rozedmę płuc, zapalenie itp.), lecz najczęściéj nie znachodzimy tego u ludzi z wólem umarłych nagle.

6) W téj części wóla, która ukrywa się pod mostkiem, nie należy szukać, pomimo twierdzeń Hallera, przyczyn niebezpieczeństwa, gdyż w ogóle czysto podmostkowe wóle są nadzwyczajną rzadkością; przy śmierci z wóla część ta odgrywa bardzo nieznaczną rolę.

7) Porażenie nerwu zwrotnego nie tłumaczy nam śmierci nagłéj; czy porażenie mięśni rozszerzających głośnię samo bez skurczu jéj żdziergaczy, mimo duszności może sprowadzić bez innych powikłań śmierć nagłą, nie jest rzeczą prawdopodobną. W każdym razie dowiedzioną jest rzeczą, że śmierć z wóla nastać może i przy zupełnéj prawidłowości nerwów zwrotnych.

8) Tylko w wieku dziecięcym może tchawica być przez wóle ugniecioną i stać się przyczyną śmierci z uduszenia.

9) Pochwy Demmego (t. j. spłaszczenie tchawicy na kształt pochwy pałasza) nie tłumaczą nam nagłéj śmierci z wóla, gdyż często spłaszczeniu takiemu nawet bardzo znacznego stopnia nie towarzyszą żadne dolegliwości.

10) Świadczą one przeciwnie, również jak i inne zboczenia i skrzywienia tchawicy, o dzielnym oporze przez nią stawianym wólowi u ludzi dorosłych.

11) Do wytłumaczenia śmierci z wóla potrzebnym jest jeszcze jakiś czynnik, lecz udowodnioną jest rzeczą, że nim nie jest ani nawał do gruczołu tarczykowego (Lebert), ani téż do błony śluzowéj tchawicowéj (Virchow), ani też napęcznienie tejże (Lücke).

12) Najpiękniejsze pochwy tchawicowe można wytworzyć sztucznie albo susząc tchawicę na wolném powietrzu albo mocząc ją w dobrym wyskoku.

13) Pochwy Demmego są urządzeniem przyrody zapobiegawczém, któremu wólem dotknięci swe życie zawdzięczają.

14) Istotę śmierci z wóla poznajemy przy stole sekcyjnym. Zależy on bowiem od płatowego rozmiękczenia tchawicy.

15) Taki zanik pierścieni tchawicowych stanowi usposobienie śmierci z wóla *(Kropftod)*, które może istnieć bez wiedzy chorego. On to tłumaczy nam te nagłe zmiany w doniosłości przypadków wólowych. Do jego ukrycia *(Latenz)* przyczynia się powolny wzrost wóla, sztywne wyprężanie szyi i podtrzymywanie przez same wóle *(Kropfschienung)*.

16) Śmierć wydarza się zazwyczaj we wólu nagle, jeżeli w skutek osłabienia (narkoza, sen, omdlenie itp.) ustępuje sztywność szyi, jeżeli ucisk nagle lub gwałtownie się zwiększy lub jeżeli podporę przez wyłuszczenie wóla usuniemy. — Tak więc wyleczenie wóla może się stać zarodem śmierci.

17) Przez rozmiękczenie pierścieni staje się tchawica podobną najprzód do cewy kauczukowéj, a następnie nawet do taśmy *(Luftband)*.

18) Rozmiękczenie to poczyna się najczęściéj w górnych pierścieniach.

19) Staje się ono jak każde zwężenie dróg oddechowych przyczyną nadmiarowéj i natężonéj pracy oddechowéj.

20) Zkąd znów biorą początek rozdęcia żył szyjnych prawego przedsionka i prawéj komórki.

21) Przy istniejącém już rozmiękczeniu tchawicy nie zdolném jest żadne leczenie nawet wyłuszczenie wóla zmienić natężonéj pracy oddechowéj.

22) Dlatego téż to natężone oddychanie a w szczególności wdychanie *(Aspirationsmechanik)* sprowadzić może przy obecności rany tak dużéj, jaka powstaje po wyłuszczeniu wóla, ropiasty naciek śródpiersia *(mediastinitis)*.

23) Po rozcięciu tchawicy ustępuje natężenie w oddechu a z niem i przepełnienie żył jako téż obawy powyżéj wymienione.

24) Sama tracheotomija nie zadowala, gdyż obecność wóla podwyższa jéj niebezpieczeństwo.

25) Śmierć z wóla nastaje równocześnie w skutek uduszenia i porażenia serca. Pierwsze ma przyczynę albo w nagłym obrocie szyi albo obwiśnięciu tejże, przy czém rozmiękczona tchawica szczelnie się zatyka; drugie w zanikłych albo stłuszczonych ścianach prawego serca.

26) Cierpiący na wóle mają w bardzo ciężkich przypadkach tylko pewną pozycyję, w któréj oddychanie jest możebném.

27) Śmierć z wóla nastąpić może nawet po zupełném wyłuszczeniu wóla.

28) Tracheotomija nie tylko zapobiega nagłéj śmierci, lecz przyczynia się do ortopedycznego leczenia rozmiękłéj tchawicy.

29) Jeżeli się rozmiękłéj tchawicy nie leczy ortopedycznie, może powstać w niéj zwężenie.

30) Leczenie ortopedyczne polega na noszeniu grubéj cewy tchawicowéj po wyłuszczeniu wóla.

31) Ażeby późniéj tchawicy módz nadać kształt regularny, trzeba ją rozciąć w miejscu najwęższém i najmiększém.

32) Miejsce to prawie bez wyjątku leży tuż pod mostkiem wółowym w górze poniżéj chrząstki pierścieniowatéj, gdzie boczne płaty wóla z sobą się stykają, lecz nie są zrośnięte; co najwięcéj tylko po przebytém zapaleniu owólowém są ich torebki ze sobą zrośnięte, co znów nie stanowi przeszkody usunąć się niedającéj.

33) W têm miejscu należy wykonać tracheotomiję, naturalnie po rozłupaniu obydwu połówek wóla od dołu. Następuje dokładny opis postępowania przy doszczętném wyłuszczeniu wóla, a w końcu na poparcie swoich wywodów po kilka szczegółowo opisanych historyj choroby dotyczących

przypadków śmierci z wóla, jakotéż szczęśliwie dokonanych wyłuszczeń wóla. *(Archiv. f. klin. Chirg. XXII. 1.*, i osobne odbicie 1878). *A. O.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **W zamartwfcy i po śmierci serce bije jeszcze godzin kilka.**

Wiadomą jest rzeczą, że u zwierząt niższéj organizacyi serce bije jeszcze po śmierci, nawet wtedy, jeżeli wyciętém zostało. Że to samo się dzieje u zwierząt wysoko stojących, przekonał się H. na psach. U psa nowo narodzonego serce biło jeszcze 6 godzin po ścięciu głowy; u płodów zaś niedojrzałych od 2—6 godzin po wyjściu z macicy. Czegoś podobnego nie zauważano jeszcze u tego rodzaju zwierząt dorosłych, a więc objaw ten jest tylko objawem częściowym większéj żywotności nowonarodzonych zwierząt w ogóle, która to większa żywotność sprawdzoną została doświadczeniami dawniejszemi Legalloisa, Brown-Séquarda, oraz nowszemi Berta, wedle których nowonarodzone psy, koty, króliki, szczury żyć mogą pod wodą lub po wycięciu rdzenia przedłużonego przez 28—36 minut, podczas gdy zwierzęta dorosłe żyją w tych warunkach tylko przez 3 minuty.

Na uwagę położników i lekarzy zasługuje okoliczność, że w podobny sposób zachowuje się serce i dzieci nowonarodzonych. Często widzimy, że u dzieci w stanie zamartwiczym (asfiktycznym) urodzone serce bije przez $^1/_4$—$^1/_2$ godziny, choć tych dzieci do życia przywrócić nie można. Ale znane są przypadki bicia serca u noworodków asfiktycznych przez godzinę 1—12, a jedyny w swoim rodzaju powszechnie cytowany jest przypadek Maschki, w którym u noworodka uznanego już za martwego jeszcze po upływie 20 godzin bicie serca sprawdzono. Z tego wynika, że rokowanie o śmierci pozornéj u noworodka jest nierównie pomyślniejsze, aniżeli u dorosłych, i że próby cucenia u pierwszych jeszcze wtedy mogą mieć skutek pomyślny, gdy u dorosłych już żadnéj nie pozostawiają nadziei. Ztąd też od dawna i słusznie przypuszczano, że ze wszystkich rodzai zamartwicy *Asphyxia neonatorum* i *Asphyxia a congelatione* najlepiéj rokować dozwalają.

Przeciw większéj żywotności noworodków zdaje się przemawiać okoliczność, że w skutek cięcia cesarskiego na kobiecie zmarłéj uskuteczniane rzadko udaje się wydobyć dziecko żywe, jednak H. nie zgadza się ze zdaniem Winckla i Heckera, według których za pomocą cięcia cesarskiego tylko w kilka minut po śmierci matki można wydobyć dziecko żywe, bo nie może zgodzić się na to, aby wszystkie przypadki zapisane w literaturze, w których udało się osiągnąć rezultat pomyślny po upływie $^1/_2$ godziny lub nawet kilku godzin, możnaby było uznać za wymyślone. Zresztą przyczyny niepomyślnych rezultatów otrzymanych za pomocą cięcia cesarskiego u kobiet zmarłych szukać raczéj należy w okoliczności, że nie zawsze wykonywa się rękoczyn na kobietach nagle zmarłych, a jeżeli konanie matki trwało długo, wtedy płód mógł popaść w zamartwicę jeszcze przed śmiercią matki, zwłaszcza, że skutkiem przedwczesnych ruchów oddechowych woda płodowa mogła wtargnąć do oskrzeli i udaremnić oddychanie powietrzem.

Większa żywotność noworodków tłumaczy nam owe szczególne przypadki utrzymania się noworodków przy życiu przez czas dłuższy pomimo warunków niekorzystnych dla oddychania. Bohn, Bardinet, Maschka, Wibmer opisali przypadki, w których noworodki zakopane w ziemi, a wydobyte po upływie kilku, a nawet kilkunastu lub kilkudziesięciu godzin jeszcze żyły. (W roku przeszłym opisałem w Nr. 37 *„Medycyny“* przypadek, w którym noworodek w całości pokryty został mocno na $^1/_2$ stopy ubitą warstwą gnoju, a przecież po upływie $^1/_2$ godziny wydobyty przywrócony został do życia i żył przez godzin kilkanaście. *Sprawozd.)* Odporność ta noworodków przeciw zamartwicy polega głównie na mniejszéj potrzebie tlenu, jaka istnieje i u płodu, a zwiększa się dopiero powoli po urodzeniu.

Daléj przekonał się H., że u zwierząt nowonarodzonych i u płodów serce, które bić już przestało, znów bić poczyna czasem, jeżeli powietrze atmosf. ma do niego przystęp a van Hasselt już dawniéj spostrzegał, że u królików i psów, oraz u zwierząt otrutych można po ustaniu ruchów serca takowe wywołać, jeżeli się wdmuchuje powietrze do płuc lub otwiera klatkę piersiową. Z czego wynika, że serce może zaniechać czynności swéj nie tracąc wcale zdolności podjęcia jéj nanowo, i że oddychanie sztuczne w śmierci pozornéj jest środkiem bardzo odpowiednim.

Szczegóły te co do wpływu powietrza na ruchy sercowe oraz w ogóle co do dłuższego bicia serca mogliby sprawdzić lekarze, którzy mają sposobność widzenia płodów świeżo poronionych, a tém samém czynić obserwacyje ważne dla nauki o śmierci pozornéj. *(W. med. Presse 1878,* Nr. 11 i 12). *L. B.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne IV. z dnia 19go lutego 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Jordan okazał zaśniad mięsny, ciekawy ze względu na jego historyję; urodziła go izraelitka S. S., która nosiła go w sobie przez przeciąg 13 miesięcy. W miesiącu maju 1876 r. odbyła ona poród kleszczowy; dziecię karmiła sama aż do listopada, poczém odstawiła je od piersi, a w grudniu pojawiła się miesiączka. Ponieważ w styczniu 1877 regularność nie nastała, a ukazały się rozmaite przypady podmiotowe, sądziła pacyjentka, iż zaszła w ciążę. Z końcem lutego pojawił się krwotok, ale nierównie mniejszy, niżby odpowiadał regularności; krew nie zawierała skrzepów, bólów nie doświadczała; w maju, a więc w 5 miesięcy po zastąpieniu wystąpił znaczny krwotok, przewlekający się przez dni kilkanaście; w tym czasie przybyła chora do niego po radę z przyczyny krwotoku i żądała objaśnienia co do swego stanu. Sądziła bowiem, że od 5 miesięcy jest w ciąży, dziwiło ją jednakże, że objętość brzucha temu nie odpowiada. Badając znalazł wyraźne przewody mleczne, objętość brzucha nie odpowiadała jednakże piątemu miesiącowi ciąży; brzuch był wiotki, a tylko nad spojeniem łonowém można było, macając głęboko, wybadać dno macicy; przy badaniu wewn. znalazł macicę odpowiadającą wielkością i ciężarem trzeciemu miesiącowi ciąży. Przypadek był niejasny, rozchodziło się mianowicie o to, czy polegając na wywiadach rozpoznać, że płód wyszedł a pozostało łożysko, czy też odnosząc rzecz do stanu obecnego orzec, że mamy do czynienia z trzecim miesiącem ciąży. W obec téj niepewności kazał choréj położyć się do łóżka i zjawić się za miesiąc celem powtórnego zbadania. Z końcem mies. czerwca doniosła pacyjentka, że krwotok wkrótce był ustał, a przy badaniu pokazało się, ze macica nie powiększyła się wcale w przeciągu ostatniego miesiąca. Wtedy to skłonił się kol. J. do rozpoznania zaśniadu mięsnego, niewidząc jednak przypadów naglących do energiczniejszego działania, kazał tylko pacyjentce przychodzić od czasu do czasu. Z końcem lipca pokazała się chora

z przyczyny silnego krwotoku, stan macicy i wtedy był taki sam jak poprzednio, zalecono wyciąg sporyszu, ażeby macicę pobudzić do kurczów i zaśniad wydalić, krwotok przewlekał się jednak jeszcze przez dni kilkanaście. We wrześniu pojawił się znowu krwotok; wstrzyknięto dwukrotnie wyciąg sporyszu; krwotok ustał, zaśniad jednakże nie został wyparty; podobnie miała się rzecz i w listopadzie. W styczniu 1878 znaleziono dość znaczny stopień niedokrewności, ponieważ pacyjentka zaniepokojona była swym stanem, postanowiono jąć się energicznego leczenia; gdy jednak chora przez wstyd fałszywy nie pozwoliła na odwiedziny w domu, zaprowadzono dn. 16 stycznia zgłębnik maciczny, ażeby w ten sposób macicę zadrażnić i do silniejszych pobudzić kurczów. Dnia następnego miała pacyjentka doświadczyć silnego parcia i ciążenia ku dołowi. 18 i 19go krwotok, a 20 stycznia porodziła zaśniad, który wedle rachunku przez 13 miesięcy przebywał w macicy. Jakkolwiek przypadek powyższy nie jest nadzwyczajnością, gdyż inni autorowie wspominają o zaśniadach przez 17 miesięcy przetrzymanych w macicy, należy on w każdym razie do przypadków rzadkich. Kol. Bylicki oświadcza, że co do samego preparatu okazanego przez kol. J. miał sposobność oglądania go poprzednio w pracowni kol. Browicza i namienia, że zmiany dotyczą przeważnie błony doczesnéj, któréj powierzchnia wewnętrzna okazuje ukleje rozmaitéj wielkości. Zmiany te należy odnieść do zapalnych stanów błony doczesnéj w ciąży, które tu wystąpiły jako *Endometritis deciduae polyposa.* Drugą znaną formą jest tworzenie się ograniczonych guzów w błonie doczesnéj, jako *Endometritis deciduae tuberosa.* W przypadku niniejszym cierpiała chora prawdopodobnie jeszcze przed zastąpieniem na zapalenie śródmaciczne *(endometritis)*, a błona śluzowa wówczas już przekrwiona i rozpulchniona, wybujała nadmiernie po zastąpieniu, przyczém zwiększyła się skłonność do krwotoków, a te sprowadziły obumarcie płodu. Co do przebiegu to zrobić musi uwagę, że tak długie pozostawanie jaja płodowego w macicy, jak kol. J. podał, do nader rzadkich należy przypadków. Przebieg samych poronień bywa bardzo różnorodnym i częstokroć stawia lekarza w trudném położeniu. Krwotoki występujące bowiem w przebiegu ciąży nie sprowadzają koniecznie poronienia, jakkolwiek bywają ich zwiastunem. We wczesnych miesiącach ciąży, w obec niedokładnych zwykle wywiadów, daléj w obec przeciwskazania użycia zgłębnika z powodu podejrzenia ciąży, musimy zachować się zupełnie biernie i zalecić tylko spokój. Z przebiegiem czasu powtarzają się jednak krwotoki, siły choréj podupadają równocześnie z zaufaniem w lekarza, który jeżeli postępuje racyjonalnie, zachowa się biernie tak długo, dopoki stan ogólny choréj na to zezwala, a niema zupełnéj pewności, że jajo płodowe albo odeszło, albo płód obumarł. Od chwili jednak, gdy po upływie kilku tygodni przekonano się, że macica nie wzrasta, a krwotoki od czasu do czasu występują, należy przystąpić do wzniecenia skurczów macicy w celu wydalenia jaja płodowego. Przekonany jest, że kol. J. nie byłby się uciekał do zgłębnika macicznego i nie byłby go używał u ambulantki, gdyby nie był w postępowaniu swojém krępowanym ubocznemi względami pacyjentki, lecz użyłby był zapewne gąbki prasowanéj w celu rozszerzenia szyi, czém ułatwiłby rozpoznanie i wzniecił wykluczenie jaja płodowego; albo téż mógłby w innym przypadku stwierdzić, że jama macicy jest próżną i powstrzymać krwotoki miejscowo stósowanemi środkami. Odnośny przypadek leczył niedawno wspólnie z kol. J.: po rozszerzeniu szyi przekonano się, że macica była próżną, a wstrzykiwania półtorachlorku żelaza zapobiegły dalszym krwotokom. Dodać jeszcze wypada, że wyż wspomniane energiczne postępowanie wesprzeć można podawaniem sporyszu, najlepiéj podskórnie, przy rozwartéj już szyi macicznéj. Kol. Ściborowski wspomina o sposobie zalecanym w najnowszych czasach przez Valentę z Lublany; wprowadza on giętki cewnik do jamy macicznéj i pozostawia go tak długo, dokąd nie wystąpią bóle, w chwili wystąpienia bólów zadaje sporysz. Kol. Bylicki namienia, że w mowie będący sposób jest własnością Simpsona i Krausego a Valenta tylko go zaleca. Kol. Jordan powiada, że w miesiącu czerwcu niemiał już żadnéj wątpliwości co do rozpoznania, niemógłby jednakże stósować energiczniejszego leczenia, i musiał poprzestać na zadawaniu sporyszu.

3) Kol. Obtułowicz odczytał eláborat komisyi wyznaczonéj z łona tow. celem zbadania wniosku jego, zmierzającego do rozszerzenia działalności tow. lek. krak. Po ożywionéj dyskusyi odesłano tę sprawę na wniosek kol. prof. Blumenstoka do komisyi statutowéj.

4) Kol. Wurst odczytał swą pracę „o działaniu ezeryny w jaskrze“ (już umieszczoną w Przegl. Lek.). W dyskusyi udział brali koll. Blumenstok, Domański i prelegent.

5) Kol. przewodniczący złożył na ręce kol. biblijotekarza 1) sprawozdanie komisyi balneolog. tow. lek. krak. i 2) rozprawę kol. Obtułowicza: „Czy zachodzi różnica i jaka między rowkami skórnemi, pochodzącemi od ściśnienia szyi postronkiem dokonanego na żywym, a na trupie?“

6) Kol. Pareński odczytał odezwę magistratu w przedmiocie duru powrotnego.

Kol. Warschauer zapytuje się kol. Pareńskiego o przebieg panującego obecnie duru powrotnego, czy epidemija doszła do szczytu i czy można spodziewać się przełamania choroby? Kol. Pareński oświadcza, że w ostatnich dniach był napływ chorych nieco mniejszy, że choroba ta sprowadza w ogólności ogromne osłabienie, tak, że pacyjent musi po jéj przebyciu ze dwa tygodnie przynajmniéj pozostawać jeszcze w szpitalu. Nie spostrzegano przypadku, któryby skończył się jednym napadem, zazwyczaj są dwa albo trzy. Śmiertelność była dotychczas nieznaczną; na 200 chorych umarło trzech, obecnie zaczyna się zwiększać z powodu powikłania z zapaleniem płuc. Dawniejsze ogniska epidemii nie wydają już téj ilości chorych co poprzednio, choroba szerzy się jednak, bo wydarzają się przypadki przy ul. Floryjańskiéj, Krupniczéj i na Prądniku. Kol. Wurst zapytuje się czy nie spostrzegano u osób dotkniętych durem powrotnym cierpienia tęczówki, albo w ogólności jagodówki? a kol. Oettinger pyta się o sposób leczenia. Kol. Pareński odpowiada kol. Wurstowi, że tylko u dwóch chorych spostrzegano zapalenie tęczówki, a kol. Oettingerowi, że wszystkie stósowane środki okazały się bezskutecznemi. Z początku zadawano chinin w wielkich dawkach, następnie kwas salicylowy po ½ grm. 3 razy dziennie, wreszcie kwas karbolowy; obecnie podaje się Sol. arsenic. Fowleri. Kol. Domański zwraca uwagę, że z wykazów statystycznych wypływa, iż dur powrotny z pomiędzy miast większych panuje tylko w Krakowie. Kol. Janikowski oświadcza, że komisyja sanitarna czyniła co tylko było możebném, ażeby zapobiedz szerzeniu się epidemii, domagano się desinfekcyi, ale wszystkie zabiegi pozostaną bezowocne i stosunków sanitarnych poprawić nie można, jak długo nie będą zbudowane nowe areszty miejskie. Kol. Zarewicz stwierdza, że w zeszłym już roku podnoszono tę kwestyję, ugrzęzła ona jednak szczęśliwie w Radzie miejskiéj, w ogólności spostrzegać się daje pewne lekceważenie komisyi sanitarnéj. Kol. Warschauer zwraca uwagę, że kom. sanit. jest tylko organem doradczym, a niema władzy wykonawczéj; jéj to jednak staraniom zawdzięczyć należy, że od dni kilku rozdają ubogim zupę rumfordzką, jeżeliby jednak epidemija się zwiększała, potrzeba będzie postarać się o lepszą żywność, zwłaszcza, że każdy rekonwalescent przez 3 — 4 tygodni niezdolnym jest do pracy. Kol. Domański twierdzi, że złe żywienie przyczynić się może wprawdzie do szerzenia duru powrotnego, ale ostatecznie nie wystarczy i zupa rumfordzka, jeżeli daléj istnieć będą ogniska, z których rozchodzą się choroby zakaźne, jak areszty miejskie. Kol. Zarewicz opowiada o jednym przypadku duru powrotnego ze swego oddziału u choréj dobrze odżywionéj; przybyła ona na oddział dnia 14 stycznia, a w drugiéj połowie lutego pojawił się piérwszy napad, który trwał 8 dni. Kol. Ściborowski wnosi, ażeby w sprawach powyższych wysłać memoryjał do magistratu. Wniosek ten poparty przez kol. Wursta jednomyślnie przyjęto. *Dr. Wurst.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 28 marca. Na posiedzeniu Delegacyi austryjackiéj z d. 23 bm. wniesiono i żądano uznania nagłości dla petycyi austro-węgierskiego stowarzyszenia urzędników oraz 17 towarzystw asekuracyjnych w sprawie zapobieżenia niebezpieczeństwu grożącemu z pobojowisk bułgarskich.

Po uznaniu nagłości komisyja petycyjna wniosła, aby petycyję w mowie będącą przesłać Rządowi z poleceniem chwycenia

się energicznych i jak najodpowiedniejszych środków ku odwróceniu niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu publicznemu.

Wniosek komisyi poparł gorąco del. prof. Dunajewski, zwracając się do Rządu z wezwaniem, aby na prawdę i z całą gorliwością oddał się wykonaniu polecenia otrzymanego od Delegacyi. Mowca wystąpił jako reprezentant kraju, który najwięcéj narażony jest na niebezpieczeństwa odczuwania smutnych pod względem sanitarnym następstw wojny wschodniéj, gdyż otrzymane z Galicyi doniesienia prywatne zdolne są utwierdzić w téj obawie. Sam już powrót galicyjskich taborów kolejowych, branych w posługi wojenne, grozi niebezpieczeństwem zarazy, która z Galicyi rozszerzyłaby się na całą monarchiję i inne kraje. Z tych powodów mowca wezwał Rząd, aby w wykonaniu polecenia Delegacyi nie krępował się zwykłemi dawnemi rozporządzeniami, lecz chwycił się środków nadzwyczajnych i rozwinął najenergiczniejszą czynność za pośrednictwem zdolnych znawców, wysłanych na miejsca zagrożone, z pełnomocnictwem najrozleglejszém.

Mowę del. Dunajewskiego przyjęto hucznemi oklaskami i uchwalono wniosek komisyi.

Podajemy uchwałę tę oraz treść przemówienia prof. D. z tém większą przyjemnością, o ile one zgadzają się w zupełności z uchwałą krajowéj Rady zdrowia, o któréj doniósł nam korespondent nasz lwowski, oraz z uwagami naszemi, w Nr. 11 Przegl. Lek. w tym przedmiocie uczynionemi, a jeżeli się nie mylimy, to korespondencyja nasza ze Lwowa nieco przyczyniła się do uzasadnienia wniosku komisyi, zwyż przytoczonego.

Że obawa wypowiedziana w Nr. 11 Przegl. Lek. nie była przesadzoną, tego dowodzi niestety okoliczność, że od tego czasu dur wysypkowy wybuchł w Bukareszcie, Jassach, a nawet podobno już i na saméj stacyi granicznéj bukowińskiéj, a więc zaraza zbliża się coraz bardziéj do naszych kresów. Władze krajowe powinny więc działać energicznie, a przedewszystkiém szybko, aby nie było za późno!

* Urzędowa *Wiener Ztg.* ogłasza następujące rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych, skarbu i handlu z d. 24 bm. „Z powodu grożącego niebezpieczeństwa zawleczenia chorób zaraźliwych w porozumieniu z rządem król. węgierskim zakazuje się na czas nieoznaczony wprowadzania i przewożenia szmat, sukien starych przeznaczonych dla handlu, bielizny i pościeli nieczyszczonéj z Turcyi, Czarnogóry, Serbii, Rumunii i Besarabii. Rozporządzenie to wchodzi w życie z dniem dojścia do wiadomości odnośnych urzędów cłowych (podp.) Auersperg (w. r.) Chlumecki (w. r.) Pretis (w. r.)

* *Non prosunt domino, quae prosunt omnibus artes!* Szalbierka bawarska, Amalija Hohenesterowa, wieśniaczka uchodząca za lekarkę cudowną, snać wyczerpnęła cuda swoje, bo umarła przed kilku dniami nie znalazłszy środka cudownego przeciw ciężkiéj chorobie własnéj. Ubyła ważna stacyja dla rodaków naszych cierpiących na zbytek pieniędzy; dokądże ci biedni bogaci teraz pielgrzymować będą? Ale nie traćmy otuchy, niemcy są praktyczni, zapewne nasza baba przed śmiercią przelała władzę swoją cudowną na inną przedsiębiorczynię, która z równém powodzeniem materyjalném prowadzić będzie daléj interes, który nie przestanie być intratnym, dopóki istnieć będzie głupstwo na tym padole płaczu, a głupstwo podobnoś jest nieśmiertelném!

Hohenesterowa nazywała się właściwie Haberl i pochodziła z rodziny cygańskiéj, jak mniemano, ale w każdym razie osławionéj z powodu wielu złodziei i zbójców, których wydała. Pani Amalija sama kilka razy zetknęła się była ze sprawiedliwością, jednak grzywny i dotkliwe kary wolności dodawały jéj aureoli męczeńskiéj, i przysporzyły jéj ogromnego powodzenia materyjalnego. W r. 1866 kupiła zdrojowisko Mariabrunn, i aby zasłonić się przed dalszemi karami podszyła się pod Dra Curtiusa, byłego lekarza wojskowego, protegowanego w swoim czasie przez tancerkę i oblubienicę królewską Lolę Montez, który osiadł w Mariabrunn niby jako lekarz zdrojowy, a w rzeczy saméj jako dający firmę osławionéj szalbierce. Firma ta stała się zbyteczną w obec nowéj ustawy niemieckiéj, a odtąd już bezkarnie Hohenesterowa mogła działać cuda na własną rękę. W krótkim czasie Mariabrunn zasłynął świetnemi budynkami, a tak zwany „dom książęcy“ mieścił nieraz w sobie gości istotnie książęcych. Zapewne kobieta ta musiała być zabiegliwą i przedsiębiorczą, ale mniemamy, że najwięcéj do powodzenia jéj przyczyniło się prześladowanie, którego zrazu doznawała od lekarzy i władz lekarskich; doświadczenie bowiem uczy, że prześladowanie wywołuje skutek przeciwny zamierzonemu.

* Ministerstwo oświaty przesłało wszystkim wydziałom lekarskim austryjackim broszurę prof. Dumreichera „o reformie wykładu nauk lekarskich“ z żądaniem wydania o niéj opinii. Wydział lek. we Wiedniu nie bardzo ją korzystnie ocenił, zgodziwszy się zaledwie na kilka punktów. O wiele korzystniejsza jest, jak słyszymy, opinija tutejszego wydziału lek.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 11 (od 10 do 16 marca włącznie) umarło w Krakowie osób 53; 29 mężczyzn i 24 kobiet; 31 osób w obwodach i 22 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 50,1; we Lwowie 34,5; w Warszawie 33,7; w Poznaniu 25,4; w Wiedniu 33,2; w Budapeszcie 40,2; w Pradze 42,5; w Tryjeście 43,6; w Bazylei 36,7; w Brukseli 25,2; w Paryżu 24,8; w Londynie 22,3; w Kopenhadze 22,2; w Chrystyjanii 23,8; w Petersburgu 60,1; w Odessie 36,3; w Bukareszcie 49,2; w Barcelonie 41,2; w Aleksandryi 25,0; w Berlinie 25,6; w Królewcu 43,0; w Monachijum 48.7; w Augsburgu 42,2; w Würzburgu 43,7; w Dreźnie 33,1. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 16, mianowicie: z dławca 2 osoby, z krztuśca 2, z duru powrotnego 7, z zimnicy 1, z czerwonki 1, z ropnicy 1. Do szpitalów tutejszych przybywa mniéj chorych na dur powrotny i mniéj ich znacznie umiera.

* **Praga czeska**. Dotychczasowi redaktorowie „*Časopisu lekaruv českých*“ prof. Weiss i docent Janowsky ustąpili, a miejsce ich zajęli Drowie Maixner i Chodounsky. Nowi redaktorowie zapowiadają, że podawać będą regularnie sprawozdania z prac obcych, a pomiędzy niemi i z polskich.

* **Wiedeń**. Bawił tu przez kilka dni słynny ginekolog amerykański Marion Sims, zwiedzając szpitale. Chirurdzy i ginekologowie uczcili gościa wspólną wieczerzą, wśród któréj prof. Späth wyniósł toast w języku angielskim.

* Oddział elektroterapeutyczny Dra Fiebera w szpitalu powszechnym zwinięto, przezco klinika prof. Meynerta powiększy się do 120 łóżek. Na oddziale męzkim téj kliniki 1szym sekundaryjuszem jest współpracownik nasz Dr. Laskiewicz.

Niżni-Nowogród n. Wołgą d. 13 marca. *(Koresp. oryg.)* Jako czytelnik waszego tygodnika uważam sobie za przyjemny obowiązek sprostować pomyłkę znalezioną w Nr. 1 Przegl. Lek. z rb. na str. 14. Otóż powiedziano tam w wiadomościach bieżących, że w Nowogrodzie umarł „okulista Jaesche.“ Tymczasem u nas na prowincyi nie ma specyjalistów; śp. Jerzy Jaesche, praktykując w N. Nowogrodzie musiał być zarazem chirurgiem, akuszerem, lekarzem chorób wewnętrznych, a nawet i dentystą. Prawda, że jedna z pierwszych prac jego naukowych *(Med. Zeits. Russlands*, 1844, Nr. 9) tyczyła się operacyi zawinięcia powieki i rzęs; a ponieważ praca ta we wszystkich dziełach oftalmologicznych jest wspominana, mogło ztąd powstać mniemanie, że Jaesche był wyłącznie okulistą. Jednak prace jego chirurgiczne, jak rozprawa: „*de enucleatione pelvo-femorali*“ (1863), przyczynek do cheiloplatyki (Pitha-Billroth. T. I, część 3, rozd. 3), oraz rozprawa p. t. „*Zur Behandlung des Kniescheibenbruches, Archiv f. klin. Chirurg.* 1871, str. 1083), oraz liczne inne naznaczają mu poważne miejsce w historyi chirurgii.

Ponieważ w cesarstwie rosyjskiém są 3 Nowogrody, więc zbytecznem nie będzie dodać, że śp. Jaesche żył, praktykował i umarł w Niżnim-Nowogrodzie nad Wołgą.

Proszę przyjąć itd. *Henryk Rodziewicz.*

* **Wiadomości osobowe**. Habilitowali się: Dr. Bezold w Monachijum, jako docent chorób ocznych i usznych, a Dr. Haas w Pradze czeskiéj jako docent patologii i terapii szczegółowéj.

Redakcyja otrzymała:

Analyse der Giesshübler Sauerwässer von Prof. Nowak u. Doc. Dr. Kratschmer in Wien. Carlsbad 1878, Mattoni 8vo str. 14.

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. J. ENGLISCH: Uiber Radikalbehandlung der Eingeweidebrüche. Wiener Klinik 1878. 3 Hft. März. Urban u. Schwarzenberg,

R. VOLKMANN: Sammlung klinischer Vorträge.

Nr. 129: C. LANGENBACH: Uiber die geschwürige Freilegung von grossen Gefässstämmen u. deren Behandlung mit Chlorzinkcharpie. str. 14.

Nr. 130: A. WEIL: Uiber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung der Syphilis, str. 32.

Nr. 131: R. VOLKMANN: Uiber den Mastdarmkrebs und die Exstirpatio recti, str. 16.

Prof. Dr. BUHL: Mittheilungen aus dem patholog. Institute zu München. Mit Holzschn. u. 11 lithogr. Tafeln. F. Enke 1878, 12 mk.

Du BOIS-REYMOND: Der physiologische Unterricht sonst u. jetzt. Rede bei Eröffnung des neuen physiol. Instituts in Berlin. A. Hirschwald 1878, 0·80 m.

MOREAU (Paul, de Tours): De la démence dans ses rapports avec l'état normal des facultes intellectuelles et affectives. Paris 1878, Asselin, in 8vo 60 str.

GÖTEL. Die öffentliche Gesundheitspflege in den ausserdeutschen Staaten in ihren wesentlichen Leistungen geschildert. Gekrönte Preisschrift Leipzig 1878. F. C. W. Vogel. Duża 8ka str. VI 314 6 m.

Dr. C. E. BUSS: Uiber Wesen u. Behandlung des Fiebers. Klinisch-experim. Untersuchungen. Mit 9 lithogr. Tafeln, F. Enke 1878, 6 marek.

NOTHNAGEL und ROSSBACH. Handbuch der Arzneimittellehre. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1878. Hirschwald. Duża 8ka str. XI. 854. 17 m.

ZIEMSSENS Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Siebenter Band. Zweite Hälfte. Krankheiten des chylopoëtischen Apparates I. Zweite Auflage Duża 8ka str. 732. 14 m.

Neunter Band. Krankheiten des Harnapparates Zweite Hälfte. Zweite Auflage. Duża 8ka str. XII. 596. 11 m.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 3 kwietnia b. r. o godzinie 5téj popołudniu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Obtułowicz będzie miéć odczyt poprzednio zapowiedziany, 2) kol. Jordan opowie ważny przypadek położniczy, 3) kol. Trauczyński okaże kilka nowszych wyrobów farmaceutycznych.

Po tém posiedzeniu odbędzie się posiedzenie komisyi sprawozdawczéj.

Do Nru dzisiejszego dołącza się broszurka: Środki lecznicze zdrojowiska Francensbad, przez Dra Hipolita Przeździeckiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objetości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracaja się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 zlr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 6 Kwietnia 1878. № 14. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Prof. Meynerta we Wiedniu.

Przypadek nowotworu w okolicy mostu Varola. Powikłanie zboczeń nerwowych ze szczególnego rodzaju objawami psychicznemi.

Opisal Dr. Alf. J. Laskiewicz-Friedensfeld,
Sekundaryjusz w oddziale dla chorób nerwowych i umysłowych, oraz demonstrator w zakładzie histologiczno-fizyjolog. prof. Brückego.

Przypadek niniejszy, należący według zdania prof. Meynerta do nadzwyczaj rzadkich, zasługuje na uwagę przedewszystkiém z powodu powikłania ze zboczeniami w dziedzinie umysłowéj, które bardzo podobnemi są do obłędu opilczego *(delirium tremens)*, chociaż dotkniętą była osoba histeryczna, która bez wątpienia całkiem była wolną od otrucia wyskokiem.

Dnia 7go stycznia 1878 przyjęto do kliniki prof. Bambergera 20-letnią szwaczkę, O........n Fauny, niezamężną, rodem z Galicyi. Chora cierpi już od 18 dni silne bole głowy, w nocy doznaje gwałtownych kurczów, które w ostatnim czasie co noc się powtarzały. W klinice Bambergera zauważano téż u niéj napady, które nazwano padaczkowemi. Ponieważ chora wkrótce stała się nadzwyczaj niespokojną, zrywała się z łóżka, uderzała w około siebie, musiano ją przenieść 11go stycznia b. r. do kliniki psychijatrycznéj.

Chora, wątłej budowy, zazwyczaj jest bladą (czasami tylko rumieni się prawy policzek); tkanka tłuszczowa podskórna dość dobrze rozwinięta; na twarzy mnóstwo drobnych blizn po ospie. Powieka oka prawego opadnięta *(ptosis oc. d.)*, tak iż szpara powiekowa jest o połowę węższa, niż po stronie lewéj; daléj zauważyć się daje zéz zbieżny, przeważnie w oku prawém; stopień zézu od czasu do czasu się zmieniał, a więc zależał zapewnie od skurczu mięśni prostych wewnętrznych w skutek zadrażnięcia pewnych włókien nerwu okoruchowego; inne znów włókna tegoż nerwu były porażone, tak, że oko prawe nie mogło być skierowaném ku górze, a gałka lewa nie mogła być zwróconą na dół *(Paresis partialis n. oculomot. utr.)*. Chora w żaden sposób nie mogła poruszyć gałek na zewnątrz od linii środkowéj *(paralysis tot. n. abduc. oc. utr.)*. Przypatrzywszy się choréj bliżéj, poznałem ją, choć zéz zmienił jéj wejrzenie i przypomniałem sobie, żem jéj często wkraplał atropin do oka prawego, dotkniętego zapaleniem tęczówki kiłowém. Chora téż i sama przyznała, że przed 3ma miesiącami opuściła klinikę chorób wenerycznych prof. Sigmunda, do któréj w skutek zarażenia musiała być przyjętą; wówczas miała wrzód kiłowy przy ujściu do pochwy; w klinice téj używano wcierań szaruchy. W lecie i w jesieni 1877 r. przychodziła z kliniki téj do ambulatoryjum kliniki okulistycznéj prof. Arlta; gdy zapalenie tęczówki, tak często u chorych kiłą dotkniętych właśnie razem z osutką plamisto-grudkową się zdarzające, ustąpiło, pozostawiwszy parę drobnych przyczepin tylnych do torebki soczewkowéj, powstało w témże oku zapalenie rogówki miąższowe w postaci rozlanych, nie bardzo ograniczonych przejrzystych plamek, zaćmień, oraz i prążków szarawo-białych. W jesieni wreszcie zapadło toż samo oko na zapalenie spojówki zołzowe; wtenczas zamiast atropinu zasypywano proszek kalomelu i chora względnie uleczona przestała chodzić do ambulatoryjun prof. Arlta. Ważnym dla nas jest ten fakt, że chora wówczas zézu nie miała. W klinice prof. Meynerta znalazłem zaćmienie rozlane rogówki prawéj, zaopatrzonéj w kilka drobnych naczyń, daléj cieniutkie przyczepiny tylne tęczówki, które się rozdarły po użyciu atropinu. Wziernikiem rozpoznałem w obu oczach, dokładniéj w lewém, zapalenie rozlane nerwu wzrokowego i siatkówki *(Neuroretinitis diffusa oc. utr.)*, które będąc zależném od sprawy chorobowéj mózgu żadnych nie okazywała oznak cechujących zapalenie téjże błony kiłowe, ani wypocin, ani ognisk zwyrodniałych tłuszczowych, ani widać było zmian szczególnego rodzaju w okolicy plamki żółtéj. Było to po

prostu zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki, li tylko zależne od powiększonego ucisku śródczaszkowego i w skutek utrudnionego krwi i limfy obiegu; brodawka nerwu wzrokowego szarawo-czerwonéj barwy, nieco wzniesiona, nabrzmiała, o granicach, w około których siatkówka okazuje powiększony szary odblask i promieniste smugi; tętnice jéj gdzieniegdzie w głąb się chowając, kręcą się wężykowato, tak samo jak i znacznie rozszerzone żyły. Nerw twarzowy lewy znajduje się w stanie lekkiego porażenia. Na języku i i podniebieniu miękkiém żadnych nie ma zmian. Chora doznaje oprócz zawrotu silnego bolu głowy; przy dotykaniu okolicy ciemienia prawego ból i nadczułość głowy znacznie się zwiększają. Chora czuje się osłabioną uścisk ręki jest też w saméj rzeczy bardzo nieznaczny; chodzi chwiejąc się, rozkraczając nogi. W trzewach jamy piersiowéj i brzusznéj niema zmian. Ciepłota prawidłowa; tętno nieregularne 64. Wreszcie zauważano bardzo częste ziewanie, zapominanie się, niemożebność zastanowienia się nad jakimkolwiekbądź przedmiotem, nieznaczny stopień inteligencyi i wielką drażliwość. W nocy nastąpił napad padaczkowy. Chora bardzo niespokojna, śpi mało.

Leczenie: Rp. Chloralis hydrati 20·0
Aq. dest. 160·0.
MS. Przed spaniem 1 — 2 łyżki stołowe.
Rp. Morphii muriat. 0·07
Aq. dest. 20·0.
MS. do wstrzykiwań podskórnych.
Rp. Kalii jodati 5·0
Aq. dest. 60·0.
MS. z rana i wieczorem po 2 łyżki stołowe.

Przebieg: Chora, która z początku nazwisko, miejsce urodzenia, i inne daty dość prawidłowo podawała, nie jest już obecnie w stanie tego uczynić. Objawy psychiczne tak dalece się wzmogły, że pacyjentka nie wie, gdzie się znajduje; zdaje jéj się, że jest na podwórzu; nie wie, jak długo się znajduje w szpitalu. Objawy nerwowe coraz bardziéj się wzmagają, porażenia są znaczniejsze i przechodzą na inne nerwy i mięśnie: język wysunięty skierowany jest ku stronie prawéj, lewa część podniebienia miękkiego lepiéj się podnosi; prawa odnoga górna jest słabszą (uścisk téj ręki bardzo nieznaczny); chodząc schyla się chora ku stronie prawéj.

21/1. Odtąd poczyna się szereg objawów psychicznych, bardzo rzadkich przy nowotworach (jak to dowieść postaram się; chora nasza cierpiała na kilak wewnątrz czaszki, prawdopodobnie w samym mózgu się znajdujący), za to bardzo częstych w otruciu przewlekłém wyskokiem *(Delirium tremens)*; chorzy tacy zawsze są czemś zajęci, co chwila czegoś szukają np. w fałdach ubrania lub kołdry, pod łóżkiem i w kątach; prawda, że opilcy najczęściéj widzą gadzinę, robaki, pluskwy, myszy, koty i inne nawet większe zwierzęta lub czarta, ducha; przedmioty te co chwila się poruszają i zmieniają i zawsze ich jest kilka; widzieliśmy jednak przypadki, w których opilcom zdawało się, że widzą owoce, albo zbierali pieniądze na podłodze, kwiaty wonne, smaczne ciasteczka, albo zajmowali się niby w myśli swoją codzienną robotą: listonosze drapali się np. po ścianie komórki, w któréj ich zamknięto sądząc, że są na schodach i t. p. Pacyjentka nasza, u któréj nie można było przypuścić nadużycia napojów wyskokowych, czemu się sprzeciwiał również i brak innych objawów cechujących to otrucie, jakoto drganie rąk i języka, stała się bardzo niespokojną, wciąż była czémkolwiek, najczęściéj zbieraniem różnych drobnych rzeczy zajętą; spostrzegliśmy u niéj ruchy dowolne, a na pytanie co czyni, dowiedzieliśmy się, że zbiera piórka, chowając je z jednéj do drugiéj ręki. Ciekawém jest i to zjawisko, że czém więcéj się wzmagał u niéj niedośleр, tem częściéj i wybitniéj występowały omamy *(hallucinationes)*. W tym czasie np. rozpoznawała chora niepewnie i tylko kiedy niekiedy palce przed samą twarzą się poruszające, podawała, że czasem jednèm okiem widziała jakiś przedmiot podwójnie lub kilkakrotnie.

22/1. Chora jest bardziéj niespokojną, płacze i szlocha głośno; z wyrazem wielkiéj bojaźni zapytuje się, dokąd będzie prowadzoną, po co i gdzie ją chcą zamknąć; nie rozumie sama, co się z nią stało; nie wie, czy nie straciła rozumu; widzi, że ją chcą gdzieś zaprowadzić.

23/1. W obec tych objawów, które dowodzą, iż stan choréj coraz bardziéj i szybko się pogorsza i że jodek potasu działa powoli, zaordynowano wcieranie szaruchy; wstrzykiwań podskórnych sublimatu, białkanu lub strawiny rtęciowéj w tym przypadku nie można było użyć, bo nadczułość i niespokój choréj nie dozwolił żadnego rękoczynu.

24/1. Chora odróżnia tylko światło i ciemność i to już niepewnie; wciąż jest zajętą swemi przywidzeniami; zbiera pieniądze lamentując: „muszę mieć jeszcze pieniądze, moje pieniądze; coś mi z rąk wypadło". Zawrót głowy bardzo znaczny, nawet wtenczas gdy leży w łóżku; czasem tylko jest przytomną, boi się, że upadnie. Chorą musiano przeprowadzić do oddziału dla chorych bardzo niespokojnych, gdzie ją ułożono do łóżka, zaopatrzonego w kratę na 1 metr wysoką, ażeby nie wypadła. Tętno 104.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

Przypadek bąblicy zwyczajnéj z przebiegiem złośliwym.
(Pemphigus vulgaris malignus.)

Skréślił Dr. **Ferdynand Obtułowicz**,
Asystent téjże kliniki.

(Odczyt miany przy przedstawieniu chorego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w dniu 6 lutego 1878.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 13.)

Podobnież i oględziny pośmiertne wykonane na zwłokach osób bąblicą dotkniętych nie odniosły żadnych rezultatów wyświecających istotę téj choroby. Ponieważ zazwyczaj choroba ta trwa długo i wycieńczenie ogólne lub jakieś powikłanie kładzie koniec życiu chorego, przeto wykryto bladość i suchość mięśni i narządów wewnętrznych, surowiczy obrzęk mózgu, niedokrewność a wyjątkowo tylko jako powikłanie, zapalenie płuc, suchoty lub zapalenie jelit z owrzodzeniami mieszkowemi. Dr. Hertz w Monachijum wykrył w jednym przypadku przeistoczenie kleinowe wątroby, śledziony, objaw ten atoli nie jest charakterystycznym dla bąblicy, bo zdarza się i w innych długotrwałych cierpieniach, jak w kile, zimnicy, krzywicy, gruźlicy, zołzach itd., inni zaś autorowie opierają istotę téj choroby na kleinowém przeistoczeniu ścian drobnych naczyń skórnych.

W przypadku obserwowanym na klinice prof. Rosnera od 1 grudnia 1868 r. do 5 stycznia 1870 u dziewczynki 9

letniéj Anny M. z *„Pemphigus vulgaris malignus“* nastąpiła pomimo podawania Solut. Fowlera śmierć, skutkiem ogólnego wycieńczenia wśród przypadów rozwolnienia przy końcu życia, a oględziny pośmiertne wykazały tak, jak w przypadku Hertza, przeistoczenie kleinowe wątroby i śledziony obok ogólnéj niedokrewności i wychudnienia.

Jak już na samym wstępie wspomniałem, nie znamy zupełnie przyczyny téj choroby, a rozmaite zapatrywania autorów kładących nacisk już to na złe pożywienie, już to na pewną porę roku lub stosunki klimatyczne, już to na stan umysłowy chorego lub wreszcie zboczenia w wydzielaniu moczu okazały się zupełnie bez podstawy, tak, że przy obecnym stanowisku nauki o tym rozdziale dermatologii przyznać się musimy bez wahania, że co do ajtyjologii tego cierpienia pozostajemy w téj saméj niewiadomości, co Celsus, Sauvages i Stanisław Gilibert, którego dzieło o bąblicy w r. 1813 w Paryżu wydane stanowi prawdziwą epokę pod względem dokładniejszego opisu i rozpoznania tego rzadkiego cierpienia. Rzadkiém w istocie nazwać je trzeba, skoro Hebra rozporządzający ogromnym materyjałem widział ich tak na klinice swéj, jak i w praktyce prywatnéj nie więcéj nad 200 a z protokółów kliniki krakowskiéj od r. 1863 nie zdołałem ich zebrać więcéj, jak tylko 6 włącznie z obecnie przedstawionym. Z pomiędzy tych 6, trzy przypada na dzieci od r. 6 życia do 18, jeden zdarzył się u służącéj 27-letniéj, a dwa przezemnie obserwowane u mężczyzn powyżéj lat 50.

Co do płuc, to podaje Hebra, że w wieku dziecięcym nie widział żadnéj różnicy, lecz w wieku dojrzałym zdarzało się w ciągu lat 30 jego działalności 3 razy więcéj przypadków u mężczyzn, niż u kobiet.

Pod względem dziedziczności rzadko tylko coś pewnego wykazać się daje. U chorych przezemnie badanych nikt w ich rodzinie na podobną chorobę nie cierpiał. Hebra tylko jeden opowiada, że miał w swéj opiece lekarskiéj młodzieńca 22 letniego cierpiącego na bąblicę od piérwszych lat życia, którego matka, siostra i wuj, a nadto połowa dzieci wuja mieli cierpieć na tęż samą chorobę.

Spory jednak o zaraźliwość omawianego cierpienia toczyły się od dawien dawna i toczą ciągle między lekarzami. Linnée, Cullen, Vogel, Macbridge, Klakden i wielu innych obstają za zaraźliwością, podczas gdy Husson, Ozanam, Martin, jakotéż Hebra nie mogli nigdy za pomocą szczepienia treści pęcherzy przekonać się o złośliwéj téj własności cierpienia. W ostatnich czasach donosi Dohrn *(Pemphigus acutus neonatorum Archiv f. Gynaekologie X. 3. 1877.)*, że pewna akuszerka była zajętą przy rodzeniu się 65 dzieci, z których 28 dostało bąblicy ostréj, a 8 umarło. Po największéj części osutka wystąpiła w pierwszych dwu tygodniach po urodzeniu. Kobieta ta przestała na jakiś czas praktykować, a kiedy po miesiącu przerwy znów wróciła do swego zawodu, zachorowało jéj powtórnie 3 dzieci z pomiędzy 9 w przeciągu dni 20 urodzonych. Znów przerwała praktykę, a kiedy po raz 3 wróciła po 3 tygodniach, stała się ponownie nieszczęśliwą przyczyną choroby 3ga dzieci z pomiędzy 6, a jedno nawet umarło. Skutkiem tego musiała kobieta ta zrzec się swego zawodu, szkoda tylko, że autor nam nie podaje, co badanie skóry u wspomnianéj położnéj wykryło. Korzystając z materyjału klinicznego łaskawie przez prof. Rosnera pieczy méj powierzonego przedsiębrałem również szczepienia z cieczą wypuszczoną z świéżo powstałych pęcherzy, ale zawsze z wynikiem ujemnym.

Pod względem rokowania w bąblicy można tylko ogólnie powiedzieć, że zazwyczaj jest ono niepomyślne; ale w szczególności zawisło rokowanie od każdego przypadku chorobowego, przedewszystkiém zaś od jego przebiegu. W ogóle skąpa ilość pęcherzy o błonie mocno napiętéj, stan bezgorączkowy, wiek niezbyt zgrzybiały, dobre wyglądanie chorego i znaczne ustępy czasu między szczególnemi wybuchami, pozwalają jeszcze dobrze rokować; podczas gdy obfita ilość pęcherzy o powłoczce pomarszczonéj, przygniecionéj u osób starych, wynędzniałych, ciągłe powtarzanie się wybuchów zmuszają nas do jak najgorszego rokowania. Szczególniéj zaś rokowanie jest złe, jeżeli *Pemphigus vulgaris* przechodzi w *Pemphigus foliaceus*, gdzie skóra nieraz na znacznéj przestrzeni jest pozbawiona przyskórka, jak to obserwowano u 6-letniego Łukasza Miarczyńskiego podczas pobytu jego na klinice prof Rosnera w r. 1869, lub jeżeli exkoryjacyje pokrywają się wypociną szarą *(Pemphigus diphtheriticus)*.

Co do leczenia, to ponieważ nie znamy przyczyny, ani istoty choroby, przeto także nie możemy znać skutecznych sposobów leczenia. Na oślep próbowano najrozmaitszych środków, a ztąd ilość ich wzrosła do liczby wcale poważnéj, jak to zazwyczaj się dzieje przy każdém cierpieniu nie wyjaśnioném należycie. Słusznie téż powiada Hebra po wyliczeniu najrozmaitszych środków zalecanych przez rozmaitych autorów począwszy od środków roślinnych a skończywszy na rtęci i arszeniku, iż najlepszą jest metodą nie tykać się wcale tego cierpienia, lecz co najwięcéj wzmacniać organizm chorego za pomocą pożywnéj dyjety i przetworów żelaza, a pęcherze posypywać zwyczajną mączką. W jednym tylko przypadku okazało się użycie kąpieli bez przerwy nader zbawienném, ale chory siedział raz 100 dni i nocy w kąpieli, a drugi raz w $^3/_4$ roku później 109 dni i nocy. W innych przypadkach okazały się kąpiele letnie z dodatkiem potasu żrącego (50 grm.), sublimatu (10 grm.), lub kąpiele dziegciowe dosyć pożądanemi przy leczeniu téj uporczywéj osutki skórnéj.

W przypadkach leczonych na klinice prof. Rosnera używano dawniéj rozczynu Fowlera w dawkach coraz to większych ze skutkiem wątpliwym, a w czasach ostatnich li tylko chininu z żelazem i dyjety posilnéj i według téj też metody postępujemy u naszego chorego.

Przyszłość zapewne wykryje przyczynę i istotę téj choroby, a wraz z postępami na tém polu dermatologija poda skuteczniejsze niż dotąd metody leczenia tego przykrego przewlocznego cierpienia, kończącego się zazwyczaj nie bardzo pomyślnie.

Już po przedstawieniu chorego naszego dowiedziałem się z *Prager Medic. Wochenschr.* Nr. 6 (6 lutego r. b.) o nader ciekawym przypadku bąblicy pochwy *(Pemphigus vaginae)*, opisanym przez prof. Ludwika Kleinwächtera, który dla rzadkości w streszczeniu przytaczam. U dziewczyny 30 letniéj, dobrze zbudowanéj i odżywionéj wieśniaczki, która od lat 3 cierpiała na pęcherze pojawiające się bez przerwy na goleniach, rzadko zaś w innêm miejscu skóry, wykazało badanie pochwy miejsca liczne od wielkości prosa do wielkości soczewicy pozbawione przybłonka i łatwo broczące. Najgęściéj rozsiane były owe ekskoryjacyje w górnéj trzeciéj części pochwy, a na saméj części pochwowéj macicy pokrytéj błoną śluzową mocno zaczerwienioną widzieć można było dokładnie 6 — 8 drobnych pęcherzyków wielkości główki od szpilki wypełnionych cieczą przeźroczystą. Przy powtórném

badaniu w miesiąc później pokryły się miejsca poprzednio z przybłonka obnażone świeżo wytworzonym przybłonkiem ale cisawo zabarwionym, tak, że błona śluzowa pochwy wyglądała jakby poplamiona. Miejsca świeżo przybłonka pozbawione przyżegał autor jużto laseczką kamienia piekielnego, jużto nalewką jodową ze skutkiem dosyć pomyślnym, a celem uchylenia częściowego zrośnięcia pochwy, gdyby ściany pochwy do siebie przylegające stykały się w miejscach przybłonka pozbawionych, radził przestrzykiwać pochwę rozczynami środków ściągających i zakładać tampony.

Co do dalszych losów naszego chorego, to stan jego pomimo używania środków rozlicznych nie doznał wcale polepszenia stanowczego. Nie widząc skutku po zaleceniu jedynie środków wzmacniających i dyjety posilnéj *(Chinini sulfurici, ferri carbonici, utrq 0·30 pro die)*, podaliśmy choremu naszemu w połowie lutego r. b. pigułki z kwasu karbolowego (Rp. *Acidi carbolici* 5·00, *Extr. Liquir q. s. ut f. p ilulae sexaginta consperg. pulv. rad. Acor. Calami Ds.* Po dziesięć pigułek dziennie), lecz pomimo wyżycia 10 gramów tego środka dzielnego w osutkach skórnych pęcherze coraz to nowe pojawiały się bez przerwy na tułowiu, na odnogach' na mosznach i prąciu, jakoteż na błonie śluzowéj ust.

Chcąc doświadczyć następnie działania maści borowéj na przyśpieszanie gojenia się miejsc pozbawionych przyskórka po pęknięciu pęcherzy, nakłówaliśmy pęcherze szczególne i przykładali na nie maść borową smarowaną na cienkich płatkach perkalu (lub lintu), przytwierdzając za pomocą zwykłéj opaski lub pasków przylepca zwykłego. (Rp. *Cerae albae 25·00, Paraffini, Ol. amygdal. utrq. 50·00. Leni calore massam liquefactam infunde in mortarium calidum et continue agitando admisce Acidi boracici laevigati 25·00 usque ad spissitudinem, deinde massam refrigeratam et semisolidam tere et exhibe ad tigillum bene obturatum DS.* Maść borowa). Mimo używania maści téj przez 2 tygodnie nie mogliśmy się dopatrzeć innego skutku, jak małéj tylko ulgi sprawionéj choremu skarżącemu się bez opatrzenia przeczosów na ból w miejscach nasadzonych pęcherzami, zwłaszcza bezpośrednio po ich pęknięciu. Atoli niemal taką samą ulgę sprawiało choremu odpowiednie zasypanie pęcherzy zwykłą mączką. Pędzlowanie plam barwikowych lub skóry dookoła pęcherzy, a w końcu samychże pęcherzy dziegciem z oliwą nie sprawiało choremu ani widocznéj ulgi, ani też nie poskramiało cierpienia, chociaż wytrwale przez 3 tygodnie środka tego używano. W ostatnich dniach jego u nas pobytu zalecono choremu rozczyn Fowlera po 5 kropli dziennie, a to chcąc się jeszcze raz przekonać, czy w istocie środek ten na takie zasługuje pochwały, jakie mu oddają Anglicy używający go w znacznych dawkach *(Deutsche Zeitschrift für praktische Medizin Nro 10 vom 9 März 1878, Case of Pemphigus malignus in which Arsenic twice appeared to save life, by Duncan Bulkley.).* I tak wspomniany autor miał za pomocą arszeniku wyleczyć 5 przypadków, a szczególniéj jeden już bardzo rozpaczliwy, bo dziewczynę 16-letnią nadzwyczaj wycieńczoną od roku cierpiącą na bąblicę złośliwą, gdyż nawet miejsca po pęknięciu pęcherzy z przyskórka obnażone pokrywały się wypociną dławcową. Zalecono jéj rozczyn Fowlera rozcieńczony wodą w stosunku 1 : 9, 4 razy dziennie po 40 kropli stopniując przy każdéj dawce następnéj o 5 kropli, dopóki się nie doszło do 80 kropli. Już po 24 godzinach (?!) miało nastąpić polepszenie, a po 3 dniach ranki się oczyściły i sił zaczęło przybywać. Mimo świetnych wyników leczenia nastąpiła recydywa cierpienia, które znów ustąpiło po zadawaniu przetworów arsenowych, ale w końcu przecież chora uległa cierpieniu z powodu rozwinięcia się suchót płucnych.

Bez nadziei wyleczenia naszego chorego za pomocą tego środka, ale chcąc przynajmniéj przerwać ustawiczne wybuchy na czas pewien, podawaliśmy rozczyn Fowlera, lecz już po 3 dniach wystąpiło rozwolnienie z domieszką krwi, które zmusiło nas do zaprzestania dalszych doświadczeń. Chory wreszcie z powodu interesów familijnych opuścił 23 marca nasz zakład niewyleczony wprawdzie, ale nie straciwszy nic na wadze, bo w chwili rozstania się ważył tak samo, jak w chwili przybycia do kliniki. 96½ funt. wied. Niedostateczne środki pieniężne nie pozwoliły w naszym zakładzie do zastosowania kąpieli bez przerwy, która niezawodnie, jeżeli już nie uleczy bezpowrotnie cierpienia, to przynajmniéj uczyni położenie chorego znośniejszém przynosząc mu ulgę i pokrzepiając siły nadwątlone snem pokrzepiającym, do którego chory nasz naprożno tak często wzdychał, mimo używania środków narkotycznych i wszełkich zabiegów z naszéj strony, aby pobyt jego na klinice uczynić jak najznośniejszym.

III. Przypadek afazyi urazowéj *(Aphasia amnestica chron. traumatica)* oraz uwagi sądowo-lekarskie nad afazyją w ogóle.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13.)

Wezwany zostałem do inteligentnego starca, który od dwóch lat doznawał kilkakrotnie napadów udaru mózgowego, po których pozostał niedowład prawéj połowy ciała. Tegoż dnia żartował w gronie rodziny, przyczém bawił się podpisywaniem nazwiska swego na arkuszu, który miał pod ręką. Położywszy się do łóżka stracił nagle mowę. Gdy przyszedłem do niego powitał mnie uśmiechem serdecznym na znak że mnie poznaje, pomimo, że od dłuższego czasu mnie nie widział. Z tego powodu, jako też słysząc, że mówił cały wieczór i pisał, gdy nadto owe podpisy na arkuszu były wcale dobre i bardzo podobne do podpisu jego za czasów zdrowia, mniemałem zrazu, że będzie można porozumieć się z nim piśmiennie. Zapytałem go się więc, czyby niemógł napisać, co mu dolega, a na znak potakujący, kazałem podać papier i ołówek. Tymczasem z największą obojętnością przypatrywał się tym przedmiotom; podałem mu ołówek do ręki, a mimo to do pisania wcale się nie zabierał. Nie mogłem go też nakłonić do pokazania języka, pomimo że głośno do niego przemawiałem i usta mu otwierałem. A jednak starał on się porozumieć ze mną, chociaż zdobywał się tylko śród największego natężenia na jakieś niezrozumiałe tony. Z drugiéj strony potrafił żonie swéj na migi wytłumaczyć, że życzy sobie wody gorzkiéj, zaleconej sobie przez lekarza, oraz że chce kaczki dla oddania moczu. Gdy mu tę ostatnią podano, sam ją sobie założył i mocz do niéj oddał. Był to więc napad afazyi, którą Ogle nazywa: *Aphasia atactica.* W kilka godzin potém afazyja zwolna zaczęła ustępować, a gdy go w 10 godzin po pierwszéj wizycie widziałem, przyjął mnie z uśmiechem, mówił wprawdzie z natężeniem ale dość zrozumiale, był w stanie pisać i podawał, że zobaczywszy mnie pierwszym razem odrazu mnie poznał i zdziwił się z powodu mojego przybycia, daléj twierdził, że był całkiem przytomnym i że rozumiał wszystko, co do niego mówiłem. Gdy mu je-

dnak przedstawiłem, że języka pokazać nie chciał, że nie chciał pisać, zdziwił się mocno, mówiąc: to chyba musiałem niezrozumieć, bo tego wcale sobie nie przypominam. — Przypadek ten dowodzi, że po napadzie chory może mniemać, a nawet twierdzić, że pojętność jego niebyła naruszoną, podczas gdy obserwacyja inne nasuwa przekonanie.

Tak więc na podaniach ludzi, którzy przebyli afazyję, jako częścią sprzecznych częścią złudnych polegać nie można przy ocenieniu, ażali w afazyi pojętność bywa upośledzoną lub nie. Musimy więc oglądać się za innemi faktami. Nasamprzód spór co do zależności lub niezależności sprawy myślenia od wyrazów, o którym wyżéj natrąciliśmy, coraz bardziéj rozstrzyga się na korzyść nieidentyczności i niezależności, a zdanie to Helmholtz, Finkelnburg, Spamer i Kussmaul popierają dowodami bardzo wymownemi, że tylko wspomnę o dzieciach, które od urodzenia są głuchoniememi, a przecież do pewnego stopnia kształcić się mogą, a nabywszy tego wykształcenia mogą podawać szczegóły z przeszłości swojej. Tém latwiéj sprawa myślenia swobodnie odbywać się może u ludzi, którzy dopiero w późniejszych latach popadają w afazyję, skoro ludzie ci już poprzednio mają pojęcia wyrobione. Następnie nie ulega wątpliwości, że pewne kombinacyje odbywają się bez pomocy wyrazów; do tych czynności umysłowych należą głównie gry (*Kussmaul* str. 170). Tak np. afatycy całkiem mowy pozbawieni nieraz po mistrzowsku grają w karty lub szachy. Nadto sprawdzono nieraz, że niektórzy afatycy zdolni są do czynności umysłowych, wymagających niemałego stopnia pojętności. Tu należy przypadek opisany przez Broadbenta (*Kussmaul* str. 22), w którym kobieta 70-letnia, połowicznie porażona i afatyczna, a z tego powodu uznana za nierozrządzalną, rozwijała wielką energiję i pojętność celem uwolnienia się od kurateli; dalej przypadek Trosseau'a (*Kussmaul* str. 170), w którym afatyk, właściciel dóbr, nie tylko grał dobrze w karty jak poprzednio, ale był w stanie dopomagać synowi w zarządzie majątku, tak dalece, że mu przedkładano wszelkie kontrakty, podczas gdy on na migi wyrażał zdanie swoje, po największéj części trafne, co do stósowności poszczególnych warunków; wreszcie dwa przypadki przytoczone przez Mandsleya (*Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken.* Leipzig 1875, pag. 259), jeden Oglego, a drugi własny; pierwszy tyczy się afatyka, który był w stanie wyjawiać swe myśli pisemnie za pomocą ręki lewéj, w drugim afatyk nosił ze sobą słownik, za pomocą którego zdołał porozumieć się dobrze, to też testament jego pomimo sprzeciwienia się interesowanego przez sąd uznany został za ważny. Z drugiéj strony bezsprzecznie zdarzają się przypadki afazyi, w których pojętność słusznie chorego w wysokim stopniu jest upośledzoną; jednak słusznie mówi Kussmaul, że przytępienie pojętności nie idzie w parze z afazyją, że takowego nie należy odnosić do afazyi, ponieważ obadwa zboczenia wskazują na coś trzeciego, to jest na organiczną zmianę w mózgu.

Sądzę, że od jakości i rozległości tych zmian głównie zależy okoliczność, czy pojętność afatyka jest upośledzoną lub nie. Jeżeli zmiany te są ograniczone do małego obszaru mózgowego, wtedy mamy przed sobą afazyję czystą, niepowikłaną, a wtedy pojętność chorego będzie najmniéj lub wcale nieupośledzoną. Zmiany zaś anatomiczne rozlegleglejsze obok afazyi pociągają za sobą i porażenie połowicze, czasem także głuchotę i połowowidztwo (*hemiopia*) po stronie prawéj. [Przypadki hemiopii u afatyków opisali: Sander (l. c. pag. 60), Bernhard (*Berl. klin. Woch.* 1872, 32), Cohn (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1874) i Neftel (*Archiv f. Psych.* VIII Bd. 2 Hft, 1878, pag. 409); Neftel mylnie zalicza do nich i przypadek opisany przez Engelhardta z kliniki Graefego (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1865 p. 215], wreszcie zdarza się czasem i porażenie nerwu odwodzącego prawego. Zmiany takie występują przeważnie u osób wiekowych, u których dla sprawy miażdżycowéj napady udaru ponawiają się, a każdy napad obok porażenia pociąga za sobą i coraz większy upadek umysłowy. Nic dziwnego, że w takich razach afazyja wprawdzie nie wywołuje, ale łączy się ze znacznêm przytępieniem pojętności. Jak więc z jednéj strony w obec wspomnianych powikłań rokowanie w afazyi jest o wiele gorszém, aniżeli przy braku wszelkiego powiklania, tak téż i stan pojętności jest nierównie niższym. Najlepiéj stosunkowo rokować a tém samem najmniejsze upośledzenie pojętności przypuścić można w krótkotrwających przypadkach afazyi, powstałych u osób młodszych, zresztą poprzednio całkiem zdrowych, zwłaszcza powstałych skutkiem urazu.

Z tém wszystkiém, jak w ogóle w praktyce sądowo-lekarskiéj, przestrzegać należy starannie zasady indywidualizowania. Musimy więc badać afatyka i zdać sprawę z tego, cośmy u niego znaleźli. Ależ właśnie to badanie pojętności afatyka nastręcza wielkie trudności; najłatwiejsza jeszcze rzecz, jeżeli chory może pisać, zwłaszcza ręką prawą, wtedy bowiem porozumieć się z nim snadnie możemy, tak jak z głuchoniemym wykształconym. Pismo bowiem, jeżeli ma wielkie znaczenie sądowo-lekarskie u obłąkanych, to tém większe u afatyków i głuchoniemych. Trudniejsza, jeżeli dla porażenia ręki prawéj pisze tylko ręką lewą, bo wtedy i pismo jest mniéj wyraźnêm, a piszący prędzéj się zmęczy, zwłaszcza jeżeli posługuje się t. zw. pismem zwierciadłowém, jak to w kilku przypadkach zauważał Buchwald (zob. Przegl. Lek. 1878 Nr. 2), gdyż do pisma tego trzeba dłuższéj wprawy. Najgorzéj się ma rzecz, jeżeli chory żadną ręką pisać nie może, albo jeżeli zgoła pisać nie umie. W takim razie ograniczyć się musimy do rozmowy, a rozumie się samo przez się, że mówi tylko badający, podczas gdy chory albo odpowiadając posługuje się resztką pozostałych mu wyrazów albo téż znakami. Przedewszystkiém musimy nabyć przekonania, czy chory nas rozumie a dochodzimy do tego przekonania w ten sposób, iż przedewszystkiém żądamy od chorego, aby dotykał się szczególnych części ciała swego, oczu, uszu, nosa, kolana; czasem zdarza się, że chorzy dotykają się innéj części ciała, co dowodzi, że wyrazy wypowiedziane przez badającego uważają za inne, że ich więc nie rozumieją dokładnie. Jeżeli zaś zlecenia nasze co do części ciała wypełniają, każemy im następnie podawać sobie rozmaite przedmioty, zrazu takie, które ciągle pod zmysły popadają (jak np. nóż, widelec, kapelusz, lichtarz itp.), a następnie przedmioty rzadziéj używane, dalej żądamy od ich, aby wskazali, gdzie niebo, słońce, a wreszcie przechodzimy do pojęć oderwanych. Tak doszedłszy, że chorzy rozumieją wszystkie wyrazy, możemy im zadawać pytania skomplikowane, a mając przeświadczenie, że chorzy nas rozumieją, silimy się aby zrozumieć, o ile to jest możebne, ich odpowiedzi na migi udzielane. Kontrolując ich znaki przez zadawanie im na przemian pytań twierdzących i przeczących, zaprawiamy się sami nie tylko na rozpoznaniu, czy chorzy nas rozumieją, ale także na zrozumieniu ich znaków, względnie ich odpowiedzi. Przez dłuższe takie rozmawianie przekonywamy się, że afatyk, który na pierwszy rzut oka przedstawia się prawie jako niedołężny na umyśle, wcale nim nie jest w rze-

czywistości. Przed kilku laty sąsiadowałem z inteligentnym starcem, którego od dawna znałem, a który skutkiem udaru mózgowego popadł w afazyję. Gdy go pierwszy raz odwiedziłem, zastałem go siedzącego przy stole i czytającego czy wpatrującego się w książkę. Gdy się go zapytałem, co czyta, wpatrzył się we mnie z miną tak naiwną, jakoby wcale nie wiedział, co to jest książka. Gdy jednak po chwili chcąc zbadać pojętność jego wyraziłem sąd mój o książce téj, który, jak przypuszczałem, nie byłby się zgodził z jego zapatrywaniem dawniéj mi znaném, chory o ile tylko mógł zerwał się ze stołka, przyniósł tę książkę i przewracając kartki żywo zaczął giestykulować, chcąc zbić niby moje zdanie. Nigdy więc nie wypada nam poprzestać na pierwszém wrażeniu, lecz badać, o ile można, przez czas dłuższy, zwłaszcza, że, jak uczy doświadczenie, obraz afazyi nieraz zmienia się z czasem, że chorzy wyuczają się powoli pewnych szeregów wyrazów, tak że mowa ich staje się nieco zrozumialszą. Lecz jak z jednéj strony nie możemy każdego afatyka uważać za tępego na umyśle, tak z drugiéj strony musimy się mieć na baczności przed wygórowaném mniemaniem chorych o swéj pojętności. Albowiem tak jak zdarzają się obłąkani, którzy nie znając swego stanu albo znając zatajają go, tak spotykamy się z afatykami, którzy chcieliby koniecznie uchodzić za całkiem pojętnych, aby zatrzymać w ręku swym ster rządów familijnych. Przed kilku laty miałem z polecenia Sądu cywilnego do ocenienia stan umysłowy kupca sędziwego, który po kilkakrotnych napadach udaru popadł był w afazyję i częściową agrafiję oraz porażenie połowicze. Starzec ten do ostatniéj chwili nie chciał abdykować, a w szczególności wydawać klucze od kasy lub upoważniać członków rodziny do zawierania kontraktów, podpisywania weksli itd., dając do zrozumienia, oczywiście że po większéj części na migi, że on wszystkiemu podoła. Znalazłszy człowieka mocno schorzałego i zdziecinniałego prawie nie wahałem się ani na chwilę orzec, że nie jest w stanie rozrządzać swém mieniem, zwłaszcza gdy znaczne zmiany anatomiczne w mózgu, których domyślać się wypadało oraz sam wiek nie przypaszczały polepszenia, tak jak z przyczyn całkiem przeciwnych nie wahałbym się u dziewczyny, o któréj na wstępie wspomniałem, przypuścić, że pojętność jéj właściwa nie została naruszoną, przynajmniéj w takim stopniu, aby zeznania jéj, zwłaszcza odnoszące się do pewnego faktu, to jest do pobicia, nie mogły mieć ważności prawnéj.

Tak więc chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy afatycy są zdolni do rozrządzenia mieniem, złożenia świadectwa itd., należy każdy przypadek zbadać nie oglądając się na prawidła ogólne, zwłaszcza że ustanowienie takowych w téj kwestyi jest rzeczą nadzwyczaj trudną.

Kwestyję ocenienia afazyi w sprawach cywilnych ze stanowiska ogólnego poruszył przed kilku laty adwokat Lefort w Paryżu (*Remarques sur l'interdiction des aphasiques, Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1872, t. 38, p. 417—429) Wychodząc z zapatrywania, że kodeks cywilny francuski nic nie wspomina o afatykach z prostéj przyczyny, że w czasie ułożenia go afazyi jeszcze nie znano, gdy następnie mówiąc o bezwłasnowolności (§. 489) wspomina tylko o „pełnoletnich zostających w zwykłym stanie niedołęstwa, pomieszania umysłu albo szaleństwa,“ pod które to choroby afazyi jednak podporządkować niemożna, w skutek czego istnieje luka w ustawie, zastanawia się nad afazyją, upatruje wielkie podobieństwo a nawet identyczność pomiędzy afazyją a głuchoniemotą, a ponieważ kodeks francuski (§. 936) rozróżnia głuchoniemych umiejących pisać od takich, którzy pisać nieumieją, z których pierwszym wolno przyjmować darowizny, drugim zaś naznacza na ten cel kuratora, ponieważ wreszcie tenże kodeks (§. 979) orzeka, że testator nie mogący mówić, ale mogący pisać, może czynić testament, więc Lefort proponuje, aby afatyk umiejący i mogący pisać był postawiony na równi z głuchoniemym pisać umiejącym, cierpiący zaś afazyję i agrafiję na równi z głuchoniemym nie wykształconym; w pierwszym przypadku rozrządzalność chorego nie winna ulegać wątpliwości, w drugim zaś należy mu ustanowić doradzcę (un conseil §. 499). — Towarzystwo sądowolekarskie paryzkie mając sobie oddany do ocenienia artykuł Leforta wyznaczyło komisyję, w skład któréj wchodzili: Béhier, Hémar, Falret i Demange. Komisyja ta na posiedzeniu Towarzystwa z d. 12 sierpnia 1872 r. zdała sprawę (*Annales d'hygiène publ.* t. 38, p. 429—434) i niezgadzając się z wywodami Leforta, przeciwnie uznając osnowę §§. 489 i 499 kodeksu cywilnego jako użyczającą dostatecznéj dla wszystkich afatyków opieki prawnéj doszła do następujących 3 wniosków: 1) Jeżeli człowiek cierpiący afazyję utracił w zupełności pojętność lub nie jest zdolnym do wyjawiania swych myśli ani przez mowę, ani przez pismo, ani na migi, wtedy należy mu ustanowić kuratora. Jestto przypadek przewidziany w §. 489 k. c. 2) Jeżeli u afatyka pojętność i zdolność udzielania się jest tylko zmniejszoną, pożądaném jest mianowanie dlań doradzcy (§. 489). 3) Jeżeli afatyk nie ma upośledzonéj pojętności, i jeżeli jest w stanie dostatecznego objawiania swéj woli w jakikolwiekbądź sposób, rozrządzalność jego nie powinna być zakwestyjonowaną. Wnioski te same podaje prof. Krafft-Ebing w dziele swojém (*Lehrb. der gerichtl. Psychopathologie*, Stuttgart 1875 p. 319—320), nie cytując jednak źródła, które mu atoli dobrze było znaném, ponieważ z pracy Leforta i komisyi paryzkiéj sam zdał sprawę (Friedreichs *Blätter f. ger. Medicin* 1873 str. 193).

Zgadzam się ze zdaniem komisyi paryzkiéj, że kodeks cywilny francuski nie przedstawia luki co do afatyków; to samo tyczy się kodeksu cywilnego naszego, którego §. 21 orzeka: „Osoby, które dla nieletności, wad umysłowych lub innych okoliczności, nie są zdolne do należytego rozrządzania swemi interesami, pozostają pod szczególną opieką praw. Do takich należą: — szaleńcy, obłąkani i niedołężni na umyśle;“ — pojęcie bowiem niedołęstwa umysłowego jest bardzo obszerném i pod nie śmiało podporządkować można i afazyję, jeżeli takowa połączoną jest ze znaczniejszém upośledzeniem pojętności.

Natomiast niemógłbym się zgodzić na identytikowanie pod względem rozrządzalności afatyków z głuchoniemymi, proponowane przez Leforta, nieuwzględnione słusznie przez komisyję paryzką, a znów podniesione przez Krafft-Ebinga, ponieważ między wadą jedną a drugą przecież zasadnicze zachodzą różnice, których wyłuszczenie byłoby zbytecznem; również nie upatruję wielkiéj doniosłości praktycznéj w ustanowieniu 3 kategoryj afazyi, które mi przypominają ustanowione dawniéj przez lekarzy sądowych 3 stopnie stanu upojenia, które obecnie słusznie poszły w niepamięć; albowiem jeżeli trafnie orzekła tylekroć wspomniana komisyja paryzka, że co do afazyi zachodzą głównie dwa pytania, a mianowicie: pytanie prawne, jaka opieka należy się ludziom tą chorobą dotkniętym, a powtóre, pytanie lekarskie: jak daleko pojętność w afazyi okazuje się upośledzoną, to ze stanowiska sądowo-lekarskiego rozchodzić się może tylko o od-

powiedź na jedno pytanie: czy w danym przypadku pojętność afatyka jest upośledzoną lub nie? Widzieliśmy, jak komisyja odpowiedziała na pierwsze pytanie; odpowiedzi na drugie nie podaje wcale, pozostawiając jéj roztrząsanie światu lekarskiemu. Nie podejmując się wcale rozstrzygnięcia tego pytania ogólnikowego, lekarz sądowy ogranicza się do dochodzenia przypadku szczegółowego, który mu i tak dosyć nastręcza trudności. A jeżeli w wielu przypadkach badania stanu umysłowego lekarz wystrzegać się musi, aby prostego braku wychowania lub wykształcenia, niedobréj wymowy lub mięszaniny językowéj nie wziął za tępotę umysłu, (porówn. przypadki cytowane przez Krafft-Ebinga, l. c. str. 332, 333, oraz przypadek przezemnie opisany w Przegl. Lek. 1876 Nr. 11—12), tak w obec afazyi winien się mieć na baczności, aby, jak mówi Krafft-Ebing, nie przypuszczał ubóstwa duchowego tam, gdzie człowiek mienia swego tylko objawiać nie może.

Z tém wszystkiém atoli oceniając stan umysłowy afatyka nie godzi się ani na chwilę spuścić z uwagi, że mamy przed sobą człowieka cierpiącego chorobę mózgową, że więc bardzo musimy być ostrożnymi w przypuszczeniu prawidłowéj pojętności takiego człowieka. Jeżeli, jak wyżéj wspomnieliśmy, ludzie inteligentni, nawet lekarze znakomici, mogą łudzić się co do rzeczywistego stanu pojętności swéj wśród afazyi, jeżeli, jak powiada Maudsley (l. c. str. 258), afatyków poniekąd porównać można do ludzi marzących, którzy mniemają, że mają o wszystkiém sąd trafny, podczas gdy w rzeczy saméj wyobrażenia ich są pomięszane, to silnych nam potrzeba na to dowodów, jeżeli mamy orzec, że chory taki jest zdrowym na umyśle a tém samém zdolnym do rozrządzenia mieniem swojém. Dopóki tego przekonania nie nabyliśmy, wypada nam wstrzymać się z orzeczeniem i powtórzyć badanie po upływie pewnego czasu, jeżeli to jest możebném. Ostrożność ta jest mocno wskazaną także z innego ważnego powodu, do omówienia którego przechodzę.

III. Wprawdzie nie znalazłem dotąd w literaturze przypadku, w którymby afatyk dopuścił się czynu karygodnego i za takowy pociągnięty został do odpowiedzialności; ale nie ulega wątpliwości, że przypadek taki zdarzyć się może, skoro nie tylko obłąkani w ogóle, ale w szczególności ludzie tępi lub niedołężni na umyśle czynów bezprawnych się dopuszczają, skoro np. człowiek cierpiący na dur wśród choroby dopuścić się może nietylko samobójstwa, ale morderstwa, podpalenia itd. Gdyby więc taki przypadek się zdarzył, a lekarz sądowy miał sobie poruczone dochodzenie stanu umysłowego celem orzekania, czy obwiniony dopuścił się czynu swego w stanie woli wolnéj, zadanie jego byłoby bardzo kłopotliwém a odpowiedzialność w obec sprawiedliwości i własnego sumienia nierównie większą, aniżeli w sprawach cywilnych. Sprzeciwia się to logice lekarskiéj, aby uznać człowieka cierpiącego na chorobę mózgową za tak dalece zdrowego na umyśle, aby mógł odpowiadać za czyny swoje, a za takiego musielibyśmy uznać afatyka, jeżeli przypuszczamy, że pojętność jego wcale nie jest upośledzoną; wstrętną także byłoby dla sądu rzeczą, karać człowieka, który nietylko jest ciężko chorym, ale i bronić się nie może. Trzymać się zaś innéj zasady w obec sądu cywilnego, a innéj w obec karnego, nie uchodzi, nie tylko z powodu, że ściągnęlibyśmy na siebie słuszny zarzut sądu, że stajemy w obronie złoczyńcy, ale także z powodu, że nie przypuszczając, aby człowiek, który dla jakiejś choroby przewlekłéj uznanym został za nierozrządzalnego, mógł ulegać karze za czyn bezprawny, nie możemy tém samém przypuścić, aby człowiek, który pomimo choroby przewlekłéj uznany został za rozrządzalnego, miał być dla tej saméj choroby nieodpowiedzialnym przed sądem karnym. (Porówn. rozprawę moją p. t. „Uwagi nad niektóremi kwestyjami sądowo-psychijatrycznemi.“ Przegląd Lek. 1874, Nr. 25). Do takiéj niekonsekwencyi atoli musielibyśmy dojść, gdybyśmy za podstawę postępowania i orzeczenia naszego wzięli wyżéj wspomniane 3 kategoryje afazyi, albowiem chorych należących do dwóch ostatnich kategoryj wypadałoby nam uznać za takich, których sąd pociągać może do odpowiedzialności, z zastósowaniem tylko okoliczności łagodzących w obec kategoryi drugiéj. Nie popadniemy zaś w niekonsekwencyję i wypełnimy przeciwnie obowiązek swój należycie, jeżeli pomijając wszelkie kategoryje trzymać się będziemy jedynie słusznéj zasady indywidualizowania; zasada ta dozwoli nam bowiem w miarę wyniku naszego badania uznać człowieka już to za rozrządzalnego, a względnie za mającego wolną wolę, lub przeciwnie, a nie wyklucza ona bynajmniéj i drugiéj zasady sądowo-lekarskiéj, orzekania *in mitius* tam, gdzie wynik badania naszego nie jest pewnym.

IV. Uwagi nad oznaczeniem białka w moczu, w szczególności sposobem Stolnikowa.

podał

Leon Kopff, kand. med.

Przy rozbiorach lekarsko-chemicznych moczu oznaczanie białka jest poniekąd najważniejszém zadaniem. Oznaczanie jakościowe białka za pomocą znanego sposobu Hellera, polegającego na właściwém dolaniu kwasu azotowego (zgęszczonego, *(acidum nitricum purissimum concentr. pharmac. austr.)* do moczu w kieliszku, i na zauważaniu zmącenia jako smugi lub pierścienia w miejscu zetknięcia się obu cieczy, można poczytać za najlepszą próbę oddziaływania dla białka w moczu, gdyż mimo małych usterków w pewnych przypadkach jest ona najdogodniejszą i najczulszą. Oddziaływanie to wykazuje bowiem, szczególniéj po odstaniu przez kilka minut, mniejszą ilość białka w moczu, aniżeli 0·0014%, a zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi próbami, jakoto gotowaniem samoistném, już to po dolaniu kwasu octowego albo azotowego, już to kwasu octowego wraz z solą Glaubera.

Dla doświadczeń klinicznych, jakoteż dla lekarza praktycznego, nie jest tylko ważném wyśledzenie białka, lecz także ocenienie stopniowo się zmniejszającego lub zwiększającego wydzielania tegóż drogą moczu. To też tak lekarze jak i chemicy od czasu do czasu zalecają sposoby do oznaczania białka w tym celu. Samo przez się rozumie, że z takich sposobów tylko ten zasługuje na uwagę, który w wykonaniu jako podręczny w najkrótszym czasie może być uskutecznionym i przynajmniéj w przybliżeniu daje dostateczną rękojmię dokładnego oznaczenia. Skoro taki sposób, w porównaniu z oznaczeniami za pomocą wagi, wykazał się dostatecznie ścisłym, natenczas można go zużytkować przy badaniach moczu, w wyż namienionym kierunku. Do sposobów zdążających do takiego oznaczenia białka można policzyć:

1. Ocenienie porównawcze ilości białka, wydzielonego przez zagotowanie moczu w rurkach z podziałką *(Beneke)*.

Pominąwszy, że w wielu przypadkach, nawet w obec niezbyt małych ilości białka, mocz przy zagotowaniu nie zawsze wydzieli całkowitą ilość tegoż, to nadto objętość białka będzie zależną od dłuższego lub krótszego odstania i od gęstości samego moczu.

2. Sposób optyczny Vogla polegający na rozcieńczeniu moczu wodą do tego stopnia, aby przy następném zagotowaniu i doświadczaniu zmąconéj cieczy w puszkach szklannych, o ścianach równoległych, 6,5 cm. sześć. odległych, płomień świecy, oddalonéj na $^1/_4$ do $^1/_2$ metra od puszki, li tylko przeświecał. Współczynnik 2,3553, ustanowiony przez Dragendorffa, podzielony przez spotrzebowaną ilość moczu do takiego rozcieńczenia, oznacza procent białka. Doświadczenia kontrolujące z wagą, dokonane przez Dragendorffa, wykazały różnice na 0,05 do 0,1.

3. Oznaczenia białka zasadzające się na zmniejszeniu ciężaru gatunkowego, po zagotowaniu moczu, i pomnożeniu różnicy z tegoż i z moczu pierwotnego przez współczynnik 210 (Hebler) lub 415 (Bonhardt). Pominąwszy, że różnicę w ciężarze gatunkowym tylko przy znaczniejszéj ilości białka można dokładnie zauważyć, to już z powodu tak dalece różnych współczynników, wypadek będzie odmiennym, nawet przy zachowaniu wszelkich ostrożności przed i po doświadczeniu, (jakoto równéj ciepłoty i objętości płynu).

4. Tu należy daléj policzyć oznaczenie ilościowe białka w przyrządzie polaryzacyjnym. Sposób ten wymaga wszystkich warunków znanych i niezbędnych przy doświadczaniu w przyrządzie polaryzacyjnym, a przytém oddziaływa dopiero na większe ilości białka (wyżéj 0,1%).

5. Wreszcie sposób oznaczania ilościowego białka, zalecony w ostatnich czasach przez Roberta i Stolnikowa, polegający na rozcieńczaniu moczu, zawierającego białko, wodą i na czułości oddziaływania kwasu azotowego na białko, według postępowania Hellera. Stopień rozcieńczenia moczu, aż do téj chwili, w któréj próba moczu z kwasem azotowym, po odstaniu przez 35 do 40 sekund, dokładny pierścień zmącenia wykaże pomnożony przez 0,0034 (Robert)[1]) lub też przez $0{,}004 = {^1/_{250}}$ (Stolnikow)[2]) poda procentową ilość białka w moczu.

Gdy sposób w końcu namieniony polegając na czułości oddziaływania kwasu azotowego dla białka w moczu, w krótkim czasie da się wykonać, a zatém w badaniach klinicznych moczu zasługuje na uwzględnienie, starałem się sprawdzić dokładność tegoż sposodu przez oznaczenia ilościowe białka za pomocą wagi.

W tym celu oznaczyłem w kilku moczach ilość białka, sposobem Stolnikowa i za pomocą wagi według Scherera. Przyczém namienić mi wypada, iż przy oznaczaniu za pomocą wagi, starałem się naprzód doświadczeniem zbadać, jaką ilość kwasu octowego należy dodać do pierwotnego moczu w czasie gotowania, aby białko całkowicie strącić, a odsącz przy dodaniu kwasu azotowego, nawet po dłuższém odstaniu, nie wykazał żadnéj smugi zmącenia. Tylko taki mocz, który w tym względzie dał zupełnie pomyślny wypadek, służył mi do oznaczenia ilościowego białka za pomocą wagi, a otrzymana ilość białka do porównania z wypadkiem, uzyskanym za pomocą sposobu Stolnikowa w jednym i tym samym moczu. Samo przez się się rozumie, że białko strącałem z pewnéj ilości dobrze przesączonego moczu, przez dłuższe gotowanie na łaźni wodnéj w kolbce częściowo zamkniętéj, za dodaniem naprzód doświadczonéj ilości kwasu octowego; a po ostudzeniu obmyłem odsączone białko na sączku wysuszonym i zważonym, wodą wrzącą, wyskokiem i eterem, w końcu zaś zważyłem po wysuszeniu przy 110° C. i oziębieniu nad kwasem siarkowym zgęszczonym. Ilość tegoż dopiero wtenczas uznaną została za dokładną, gdy drugie ważenie tego samego białka, po powtórném suszeniu, wydało wypadek z pierwszém ważeniem zgodny. Do oznaczenia białka według sposobu Stolnikowa dopóty rozcieńczałem wodą mocz, w którym oznaczałem białko w sposób wskazany, aż pewna ilość tegoż, przy zastósowaniu znanego oddziaływania dla białka według Hellera poczęła wykazywać smugę białawą dopiero po upływie 40 sekund. Sumę z ilości wody użytéj do rozcieńczenia i powziętego moczu mnożyłem współczynnikiem $0{,}004 = {^1/_{250}}$, podanym przez Stolnikowa. W ten sposób otrzymałem procent białka w moczu według Stolnikowa.

Tak postępując przeprowadziłem oznaczenie białka w następnych przypadkach.

1. 50 cm. sześć. moczu *(degeneratio renum amyloidea in individuo syphilitico)*, przy oznaczeniu za pomocą wagi dały 0,11 grm. białka tj. 0,22%.

Rozcieńczenie tegoż moczu wodą aż do wyż namienionéj chwili, przy oddziaływaniu kwasem azotowym według Stolnikowa, wykazało na 1 cm. moczu 52 cm. wody, co pomnożone przez $^1/_{250}$, daje 0,212%.

2. Mocz chorego *(Nephritis post scarlatinam)*. 60 cm. sz. dały 0,095 grm. białka, tj. 0,1583%; zaś 1 cm. sz. tegoż moczu spotrzebował 36 cent. sz. wody, a więc 0,148% białka (Stolnikow).

3. Mocz *(Morbus Brightii)*; do oznaczenia ilościowego za pomocą wagi powzięto 70 cm. sześć. Te dały 0,07 grm. tj. 0,1% białka.

1 cm. sześć. tegoż moczu spotrzebował 20 cm. sześć. wody, a zatém 0,084%.

4. Mocz *(Degeneratio renum amyloidea)*. Z powziętéj ilości 50 cm. sześć. moczu ważono 0,238 grm. tj. 0,476% białka; zaś rozcieńczenie wodą do powyżéj opisanéj chwili wynosiło: 1:117 cm. sześć. a zatém 0,472%.

5. Do oznaczenia za pomocą wagi użyto moczu *(Morbus Brightii)* 100 cm. sześć., które dały 0,075 grm. tj. 0,075% białka; zaś rozcieńczono w powyższym celu 1 cm. sześć. moczu na 14 wody, co daje 0,06% białka.

6. 100 cm. sześć. moczu *(Emphysema pulmonum)* dały za pomocą wagi 0,048 grm. białka tj. 0,048%, rozcieńczenie potrzebne do wskazanéj chwili wyniosło 2:13 czyli na 1 cm. sześć. moczu, 6,5 cm. sześć. wody, a więc 0,03% białka.

7. Użyto 75 cm. sz. moczu *(Diagnosis?)*, z którego otrzymano 0,06 grm. tj. 0,08% białka, zaś dla uzyskania reakcyi, według Stolnikowa, spotrzebowano na 1 cm. sześć. moczu 15 cm. sześć. wody, co daje 0,064% białka.

8. Do oznaczenia za pomocą wagi, wzięto moczu *(Morbus Brigthii)* 100 cm. sześć., które dały 0,067 grm. białka tj. 0,067%.

2 cm. sześć. moczu rozcieńczone 23 cm. sześć. wody, czyli na 1 cm. sześć. moczu 11,5 cm. sześć. wody, wykazały 0,05% (Stolnikow.)

9. Mocz chorego *(degeneratio renum amyloidea)*, zawierający znaczniejszą ilość białka, rozcieńczony moczem prawidłowym, dał w 100 cm. sześć. za pomocą wagi 0,038 grm. tj. 0,038% białka.

[1]) *Med. chir. transact. Vol. 59 p. 148. — Boston med. Journ. Febr. 26. — Virchow - Hirsch. Jahresbericht 1876, B. I. p. 261.*

[2]) *Petersburger med. Wochenschrift, Nr. 12 — Zeitschrift für analyt. Chemie 1877, p. 253. — Virchow - Hirsch. Jahresbericht 1876, B. I. p. 262, Chemisches Centralblatt, 3. 7. 7. 809.*

W celu oznaczenia według Stolnikowa potrzeba było na 3 cm. sześć. moczu 11 cm. sześć. wody, czyli na 1 cm. sześć. moczu 3,6 cm. sześć wody, a zatém 0,0184% białka.

Powyższe wypadki ilościowego oznaczenia białka, zestawiam niniejszém:

Mocz pod Nrem	Oznaczenie białka za pomocą wagi	Oznaczenie białka sposobem Stolnikowa	Różnica między obu wypadkami	Błąd na 100 grm. białka spos. Stolnikowa popełniany	Współczynniki dobierane przy użyciu których wypadek między I a II jest zgodny.
	I.	II.	III.	IV.	V.
4	0,476	0,472	0,004	0,861	0,00404
1	0,220	0,212	0,008	3,636	0,00415
2	0,1583	0,148	0,0103	6,509	0,004285
3	0,100	0,084	0,016	16,0	0,00477
7	0,080	0,064	0,016	20,0	0,005
5	0,075	0,060	0,015	20,0	0,005
8	0,067	0,050	0,017	25,373	0,0055
6	0,048	0,030	0,018	37,500	0,0064
9	0,038	0,0184	0,0196	51,578	0,01065

Z powyższego zestawienia okazuje się, że oznaczenie białka w moczu według Stolnikowa nie jest całkiem dokładném ze względu na rzeczywistą ilość tegoż, a błąd jaki się przy użyciu téj metody popełnia, zwiększa się w miarę, jak ilość białka w moczu się zmniejsza. I tak gdy w moczu zawierającym 0,476% białka, różnica w ilości białka, oznaczonego sposobem Stolnikowa, w porównaniu z ilością, oznaczoną za pomocą wagi, wynosiła tylko 0,004, to przy 0,038% białka w moczu, doszła do 0,0184, (coby przy obliczeniu na 100 grm. białka w moczu zwierającym tylko 0,038% białka, uczyniło błąd na 51,578 grm.) Błąd ten staje się jeszcze większym, jeżeli zamiast współczynnika 0,004 według Stolnikowa użyjemy współczynnika 0,0034, podanego przez Roberta.

Gdy ostateczna wskazówka ukończonego oznaczania ilościowego białka w moczu według Stolnikowa polega głównie na czasie, według Roberta 35 do 40 sekund, a według Stolnikowa 40 sekund, wśród którego to czasu smuga biaława powyżéj kwasu azotowego w moczu stósownie rozcieńczonym ma wystąpić, oddziaływanie zaś namienione z kwasem azotowym, przy dłuższém odstaniu próby, jeszcze mniejszą ilość białka, aniżeli 0,004 wykazać jest w stanie, przeto widocznie błąd ten zawisł głównie od ustanowionego współczynnika. Nadto należy dodać, iż na wyż wskazaną smugę białka występującą po dodaniu kwasu azotowego tak co do jéj wyrazistości, jakoteż jéj rozprzestrzenienia, wpływa w ogóle zagęszczenie moczu, i że przy czynności rozcieńczania do chwili wyż namienionéj, niepodobna uniknąć wszelkich drobnych niedokładności.

Dla uchylenia powyższego błędu byłoby koniecznem uzyskanie pewnych współczynników różnych, względnie do ilości białka w pewnych granicach, i do zagęszczenia moczu. Starałem się to po części wyświecić w rubryce pod V, wykazującéj współczynniki, z pomocą których przez mnożenie ilości moczu i odpowiedniego rozcieńczenia tegoż, (przy każdym wypadku powyżéj szczegółowo podanym) uzyska się wypadek zgodny z ilością białka, oznaczonego za pomocą wagi. Że to ostatnie oznaczenie wykazało rzeczywiście całkowitą ilość białka w moczu, a z tego powodu i powyższy błąd przy oznaczaniu metodą Stolnikowa jest istotnym, powtórzyć mi jeszcze raz wypada, że w moczu odsączonym od wydzielonego białka, nawet po dłuższém odstaniu próby z kwasem azotowym wykazać tegoż więcéj niemogłem. Oznaczeniu ilościowemu białka za pomocą zagotowania, przy dodaniu kwasu octowego, w sposób jak to wyż opisałem, musimy zatém przyznać największą dokładność, jednak takowe nie da się w krótkim czasie przeprowadzić i w każdym moczu z wszelką ścisłością wykonać, sposób według Stolnikowa zaś, pominąwszy usterki powyżéj podane, z wszystkich innych sposobów oznaczenia ilościowego białka, najłatwiéj i w najkrótszym czasie da się uskutecznić, a nadto podaje w pewnych razach najwięcéj do rzeczywistości przybliżoną ilość białka w moczu.

Doświadczenia powyższe dokonałem w pracowni chemicznéj prof. Dra Stopczańskiego.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Laskiewicz: **Toczeń spojówki i rogówki i o komórkach olbrzymich w chorobach spojówki.**

Na podstawie spostrzeżeń dokonanych w klinice prof. F. Arlta i badań drobnowidowych przyszedł autor do przekonania, iż zdanie H. Essiga *(Archiv für Heilkunde XV)*, że toczeń nie jest pojęciem patologiczno-anatomicznem, lecz ściśle klinicznem, można w zupełności zastósować do przypadków téj słabości, które spostrzegał na spojówce i rogówce. Przebieg i znamiona kliniczne są jednak tak wybitne, iż mimo rzadkiego pojawiania się téj słabości powinien toczeń spojówki i rogówki niewątpliwie zająć miejsce w systematyce chorób wchodzących w zakres oftalmologii.

Autor spostrzegał 3 przypadki, w których toczeń wystąpił samoistnie, nie zaś *per continuitatem* z miejsc pobliskich oczom (nos, czoło, policzki) a ulubionych siedlisk tegoż, gdyż w takich razach rozpoznanie nie ulega wątpliwości. Podaje wreszcie następujące cechy, chorobę tę ściśle od innych odróżniające:

Toczeń spojówki jest chorobą bardzo rzadką (na 25.000 chorych widziano ją 3 razy), występuje stosunkowo częściéj u chorych, którzy na innem miejscu mają toczeń; toczeń na spojówce jest szczérym *(Lupus vulgaris Willani)*, odmiany gruzełkowatéj bujającéj lub owrzodziałéj; pokazują się nasamprzód poszczególne lub po kilka obok siebie położone guziczki rozmaitéj wielkości koloru czerwonego, szarego lub żółtawego, które na każdém miejscu spojówki lub rogówki znajdować się mogą; rosną powoli, czasami zmniejszają się i nikną pozostawiając w takim razie zawsze bliznę, lub postępują daléj przechodząc na gałkę oczną lub skórę a nawet i kości; występuje wyłącznie w wieku młodocianym i u osób zołzowatych, zkąd często się zdarza, iż toczeń napotyka-

my w połączeniu z zapaleniem spojówki zołzowatém, łuszczką lub wrzodami rogówki, i zapalnemi sprawami tęczówki; toczeń spojówki tak jak i rak nabłonkowy nie sprawia ani boleści, ani nie wywołuje łzawienia, ani znacznéj wydzieliny ropy lub śluzu. Objawy są w stosunku do niebezpiecznéj słabości lekkie.

Drobnowid pokazuje, iż guziczki i wybujałości składają się z pierwocin tkanki ziarninowéj, z komórek okrągłych, bardzo drobnych o stosunkowo wielkich jądrach. Podścielisko składa się z nowo utworzonéj siatkowatéj tkanki. Przybłonek buja, lub jest w stanie zaniku a nawet czasami zostaje całkiem wydalonym przez ropienie (wrzód toczniowy); brodawki spojówki powiększają się a naczynia tychże rozszérzają w warstwach powierzchownych, w głębszych zaś wyradzają się. Wreszcie znajdują się w tkance nowo utworzonéj porozrzucane lub skupione komórki olbrzymie, o wielu jądrach, podobne do tych, które od dawna są znane w gruzełkach.

Chorobę w początkach można wyleczyć, lecz jak w ogóle tak i tu toczeń chętnie powraca. Leczenie jest miejscowe; grudki i wrzody niszczy się kamieniem piekielnym, w celu spieszniejszego zabliźnienia, lub się je wycina albo wreszcie sposobem Volkmanna oddala *(Abrasio corneae et conj.)* Komplikacyje dość często wskazują użycie kalomelu i atropinu.

O toczniu pierwotnym wspominają Arlt, Sattler, Alexander i Pflüger. Z początkiem b. r. ogłosił także w *Med. Presse* prof. Neumann przypadek tocznia w spojówce.

Już Stellwag zwrócił uwagę, iż nie łatwém jest rozpoznanie tocznia od spojówki, którą on nazywa *Syndesmitis degenerativa v. deformans*. Autor jednak w swoich przypadkach wykluczył *Syndesmitis degenerativa*, która się zdarza prawie wyłącznie tylko po długoletniém zapaleniu jaglicowém, na obu oczach równocześnie, odznacza się przebiegiem bardzo przewlekłym, a wybujałości nie są skłonne do ropienia. Są to cechy, które klinicznie już toczeń od powyżéj wspomnianéj choroby spojówki dostatecznie odróżniają. Daleko łatwiéj odróżnić toczeń od *Blennorrhoea chron.* (Arlt), z którą ma w pewnym okresie niejakie podobieństwo.

Skoro już przebieg choroby wskazuje, że toczeń wchodzi w zakres rozpoznania, to nie trudno będzie dojść do niewątpliwych rezultatów, jeżeli uwzględnimy badanie drobnowidem.

Na klinice okulistycznéj prof. Arlta wycinano w trzech wspomnianych przypadkach wybujałość nożycami, a przecięcie drobnowidowe robili prof. Sattler i autor, gdy poprzednio wybujałości ztwardniały w płynie Müllera. Barwiono je hematoksyliną lub karminem, a oglądano w glicerynie lub żywicy damarowéj.

Daléj omawia autor choroby spojówki, przy których w ogóle napotykamy komórki olbrzymie. Wiadomo, że komórki olb. bardzo często napotykamy w rozmaitych chorobach, najczęściéj jednak w nowotworach kości i okostnéj (mięsakach, rakach, kilakach i gruźlicy) lecz także i w przewlekłych sprawach zapalnych, tak iż w takich razach w ogóle pomyśleć musimy, iż możemy mieć do czynienia z tak zwaną miejscową gruźlicą *(locale Tuberculose)*. W przypadkach tocznia opisanych w swéj pracy znalazł autor zawsze komórki olbrzymie.

Sposób powstania tychże dotąd nie jest dostatecznie wyjaśniony. Zdaje się jednak, iż z kilku drobnych komórek powstają w ten sposób, iż jądra tychże się powiększają a zarodzina kilku komórek się łączy i rośnie. Na innych miejscach widzieć można czerwone ciałka krwi w komórkach olbrzymich i być może, że komórki powstają przez wyrodnienie ścian naczyń krwionośnych (Lang, Nedopil). W każdym jednak razie zdaje się, iż komórki olbrzymie towarzyszą pewnemu zwyrodnieniu *(degeneratio)* tkanek w ogóle (Stricker).

Według Köllikera i Flescha powstają komórki olbrzymie w kości przez połączenie się zwykłych okrągłych komórek; powstanie tychże ułatwia się, jeżeli w tkaninie nagromadza się kwas węglowy, przez brak dopływu soków lub zastój w krążeniu, a wreszcie przez tworzenie się kwasu mlécznego.

Pomijając nakoniec starannie zestawioną literaturę komórek olbrzymich, wymienimy choroby oka, w których dotąd je znaleziono. Najsamprzód spostrzeżono je w chalazion, dalej w gruźlicy spojówki (Sattler, Köster, Walb); w toczniu spojówki widział je najsamprzód Sattler, a opisał autor *(Zehender's Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Nov. 1876)*, w uklejach spojówki i różnych nowotworach tejże i tęczówki, a wreszcie w zapaleniach naczyniówki (Virchow, Hirschberg, Köster, Knapp). *(W. allg. med. Ztg. 1877. Nr. 7—37).* *Dr. E. Machek.*

VI. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne V. z dnia 6go marca 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 29.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Wurst przedstawił chorego z wrodzoném rozszczepieniem tęczówki i naczyniówki. Wrodzone rozszczepienie tęczówki należy do niezbyt rzadkich przypadków; potrafi jednak zająć uwagę, jeżeli nie jest jedyném zboczeniem, ale kombinuje się z innemi utworowemi wadami oka, i tak np. może równocześnie istnieć rozszczepienie ciałka rzęskowego, naczyniówki, siatkówki, twardówki i pochewki nerwu wzrokowego, a czasami znachodzimy ślady tego zboczenia nawet na soczewce i ciałku szklaném. Rozszczepienie tęczówki może być całkowite, jeżeli sięga aż po ciałko rzęskowe, albo częściowe tylko; nadto odróżniają jeszcze rozszczepienie mostkowe, colob. à bride. Kształt rozszczepienia przedstawia zazwyczaj trójkąt równoramienny, o bokach nieco zaokrąglonych z podstawą zwróconą ku źrenicy i zajmuje mały tylko odcinek tęczówki, najwyżéj około $^1/_4$ jéj części, siedzibą bywa zazwyczaj dolny, albo dolno - wewnętrzna ćwiartka. Zboczenia w czynności oka nie są znaczne. Inaczéj ma się rzecz jednakże, jeżeli równocześnie istnieją powikłania ze strony naczyniówki, siatkówki i t. p. W tych przypadkach znachodzimy zwykle upośledzenie bystrości wzroku, krótkowidzenie i zwężenie, a raczéj braki w polu widzenia. Odnosząc rzecz do przypadku przedstawionego napotykamy obok niedomiarowéj budowy oka, zupełne rozszczepienie tęczówki w dolnéj jéj części; oświetlając dno oka za pomocą wziernika, przekonać się możemy, raz, że brzeg soczewki nie jest odcinkiem koła, jak być powinno w stanie prawidłowym, ale że tworzy linię prostą, jeżeli nawet nie trochę wklęsłą ku górze, a powtóre, że mimo najdokładniejszego poszukiwania nie zdołamy znaleść w tém miejscu wyrostków rzęskowych, a więc, że mamy także do czynienia z rozszczepieniem ciałka rzęskowego. Szukając dalszych zmian w głębi oka przekonamy się o istnieniu bardzo rozległego rozszczepienia naczyniówki, któréj brak zastępuje skąpo rozsiany na twardówce szarawy barwik; brak naczyniówki rozpoczyna się poniżéj tarczy, mniéj więcéj w odległości połowy jéj średnicy i ciągnie się ku przodowi w ten sposób, że granicy jego ku przodowi za pomocą wziernika oznaczyć nie można; rozmiary jego wynoszą około $^1/_3$ części dna oka. Siatkówka utrzymana w miejscu rozszczepienia, jeżeli wolno wnioskować w podobny sposób na podstawie przebiegu naczyń

siatkówkowych; w każdym jednak razie wrażliwość jéj nie jest prawidłową, jak nas o tém przekonywa badanie czynności oka. Ze zmian napotkanych wymienić należy jeszcze, że w miejscu rozszczepienia naczyniówki okazuje twardówka zagłębienie ku zewnątrz i to tak znaczne, że naczynia siatkówkowe tworzą na granicy wyraźne zagięcia, jak to w ekskawacyi nerwu wzrokowego spotykamy. Zestawiwszy w ten sposób wszystkie wady rozwojowe tego oka rozpoznajemy: *Coloboma congenitum Iridis, Corp. ciliar., Chorioideae et Lentis et Staphyl. Sclerae.* Opisane zmiany anat. są przyczyną upośledzenia czynności oka, a badanie przedsiębrane w tym kierunku wykazuje: 1) istnienie krótkowidzenia równającego się 2 D., 2) upośledzenie bystrości wzroku, która wynosi tylko $^1/_6$ prawidła i 3) brak w polu widzenia, który siedzibą i kształtem odpowiada brakowi naczyniówki. Drugie oko nie przedstawia zmian chorobowych, jest tylko Myopia odpowiadająca 0·75 D, a S = $^6/_6$.

3) Kol. prof. Rydel odczytał 1szą część swojéj rozprawy p. n. „Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją, poczynione od października 1869 po koniec roku 1877 w klinice okulistycznéj Uniw. Jag.“ (Ukaże się wkrótce w Przegl. Lek.)

Kol. Domański zwraca przy téj sposobności uwagę, że zbieranie dat statystycznych przez naszych lekarzy jest nader pożądaném; pokazałoby ono nie tylko rozmaite własności naszego kraju pod tym względem, jak to już widać z rozprawy kol. prof. Rydla, ale zarazem pozwoliłoby wysnuć nie jedną wskazówkę dla etyjologi, na któréj przedewszystkiém opierać się winna terapija.

4) Dr. Brudziński z Mikuliniec został wybrany członkiem korespondentem Towarzystwa.

5) Kol. Skórczewski odczytał dalszy ciąg swojéj pracy „Przyczyny i wywód chorobowy niektórych przypadków zwątlenia przewodu pokarmowego; oraz leczenie tego cierpienia w Krynicy“. W dyskusyi brali udział koll. Ściborowski, Domański, Kwaśnicki i prelegent. Kol. Ściborowski zwraca uwagę na praktyczną i naukową wartość odczytu i namienia przy téj sposobności, że lekarze zalecają czasami pijanie szczaw żelezistych po jedzeniu, co jest rzeczą niewłaściwą, gdyż wywiązujący się kwas węglowy nieznachodzi dla siebie miejsca, rozpiera ściany żołądka i wywołuje gniecenie; daleko stosowniejszém jest podawanie wód tuż przed jedzeniem. Kol. Kwaśnicki przeczy, jakoby skurcz naczyń mógł być przyczyną zwątlenia przewodu pokarmowego, gdyż skurcz musiałby być natenczas zjawiskiem stałém; sprzeciwiałoby to się jednakże zasadom fizyjologii. Skurcz mięśnia może być tylko chwilowym przypadem, jako choroba uważany być nie może. Kol. Domański podziela zdanie kol. Ściborowskiego, iż zalecanie szczaw żelezistych po jedzeniu jest niewłaściwem, przeciwnie ma się rzecz z wodami czysto alkalicznemi, których podawanie po jedzeniu właśnie może być wskazaném. Co do uwagi kol. Kw., czy skurcz tak długo utrzymać się może, mniema kol. Dom. że nie można tak bezwarunkowo stosować patologiję do fizyjologii, gdyż w stanach chorobowych mogą zachodzić warunki bliżéj nam nieznane, które pozwalają skurczowi utrzymywać się przez czas dłuższy. Kol. Skórczewski oświadcza, że czasu trwania skurczu niepodobna oznaczyć, z pewnością jednak twierdzić można, że odnośne przypadki i pojawy chorobowe na skurczu polegają. Chorzy tacy skarżą się częstokroć, że kilka razy na dzień dostają wypieków na twarzy; kto wie zatém, czy przypad ten nie jest właśnie miarą pojedyńczego kurczenia się naczyń w zakresie nerwu trzewowego; że skurcz i przez dłuższy czas utrzymywać się może, świadczą o tem objawy w wysokich stopniach atonii, gdzie jelita prawie stale są skurczone. Kol. Kwaśnicki twierdzi, że byłby zadowolony z wywodów prelegenta, gdyby nie było bliższych sposobów tłumaczenia niedowładu jelit; powstawanie atonii na podstawie skurczów naczyń wytłumaczyć się nieda, gdyż skurcz może być tylko przypadem chwilowym, inaczéj musiałaby wystąpić zgorzel, jeżeli skurcz, a z nim razem niedokrwność trwa czas dłuższy. Kol. Skórczewski odpowiada, że skurcz naczyń nie potrzebuje trwać ciągle, ale wystarczy, jeżeli tylko częściéj powtarzać się będzie, ażeby wystąpiły zmiany anatomiczne przez upośledzenie odżywiania ścian przewodu pokarmowego, czyli inaczéj mówiąc, przypady zwątlenia jelit. Równocześnie zastrzega się prelegent przeciw niesłusznym zarzutom, jakie go w ciągu czytania rozprawy już drugi raz spotyka ją, jakoby mianowicie chciał wszystkie przypadki atonii podciągnąć pod wspólny mianownik nerwic naczynioruchowych, pomimo, że w napisie dodał „niektórych przypadków“, a w początku rozprawy, wyliczając trzy działy przyczyn atonii, wyraźnie powiedział, że zamierza zastanowić się „nad niektóremi tylko przyczynami z działu trzeciego“. *Dr. Wurst.*

VII. Czasowa trupiarnia (la morgue) w Paryżu.

przez

Dra Aug. Kwaśnickiego.

Wielkie miasta posiadają niektóre instytucyje, obce i nieznane, jako zbyteczne, miastom drugorzędnym. Zbliżająca się wystawa powszechna może niejednego z czytelników Przeglądu zwabi nad brzegi Sekwany, przeto będzie może na czasie pobieżne opisanie paryskiéj trupiarni *(la morgue)*, któréj zwiedzenie zaleca się tak dla wzorowego urządzenia tego zakładu, jak i dla styczności jego z sprawami lekarskiemi, kryminalnemi itd. życia paryskiego.

Cofnąwszy się myślą w najdalszą przeszłość stolicy Francuzów spotykamy się z temi rozmaitemi prądami dziejowemi, które zderzając się na ulicach Paryża, przez długie wieki wytwarzały wichry niszczące: czy to była walka przekonań religijnych, społecznych, czy politycznych, ściągała ona do Paryża gorętsze pierwiastki całego świata, przyszłych widzów lub aktorów tych kataklizmów dziejowych, które potokami krwi i grozą społeczeństwa kazali opłacać ludzkości każdy krok postępu. Z drugiéj strony nie znający proletaryjatu paryżanie drogo okupują swój dobrobyt w walce z martwą naturą, czy to w kopalniach granitowych pod Paryżem, czy w kanałach miasta, czy w nurtach Sekwany, czy w fabrykach materyjałów palnych itd. Ta więc walka, duchowa z jednéj strony, a walka o byt z drugiéj, musi za sobą pociągać i pociąga liczne ofiary, tu morderstwa, samobójstwa, tam znowu wybuchu ognia, fal, zasypania itd.; do rąk władz dostają się zwłoki do niepoznania zmienione, nieposiadające przy sobie pismiennych śladów pochodzenia, przynależności itd. i w następstwie podobnego stanu rzeczy wytwarzają się powikłania prawne na niekorzyść pozostałéj rodziny po zniknięciu bez śladu jednego z jéj członków i wkrada się nieporządek do dokumentów rodowych ludności; by zaradzić złemu już od dawna urządzono w Paryżu czasową trupiarnię *(la morgue)*, w któréj nie rozpoznane zwłoki wystawiane bywają, a publiczność paryska ma tradycyjny zwyczaj tłumnie zwiedzać czasową trupiarnię, skoro dzienniki doniosły o nowéj zbrodni, lub o wystawieniu zwłok topielców, zasypanych itd. Jeśli mamy zaufać twierdzeniu Vaugelasa, wyraz *la morgue* oznaczał w starofrancuskiéj mowie oblicze, a tém łacniéj należałoby uwierzyć temu twierdzeniu, że wyraz ten używanym był w podobném znaczeniu w stylu prawodawstwa starofrancuskiego.

W opisie czasowéj trupiarni trzymać się będę szczegółów podanych w rozprawce p. Dévergie, umieszczonéj w *Annales d'Hygiène publique* w zeszycie styczniowym.

Już w r. 1714 podług Prudhomma istniała czasowa trupiarnia, a stan jéj, nie ulegając w ciągu całego wieku żadnym ulepszeniom, pod wszelkiemi względami pozostawiał wiele do życzenia; dopiero w r. 1804 rozszerzono pierwotny zakład, do którego jedynéj sali dodano drugą dla publiczności, oddzieloną od sali wystawionych zwłok oszkloną przedziałką, co umożebniło dłuższe przypatrywanie się i niecobytym z cuchnącemi wyziewami, oraz powiększono ten zakład biórem urzędnika, magazynem itd.; czynność lekarska wówczas polegała na sprawozdaniu ze stanu zwłok, opartém

na zewnętrznem ich obejrzeniu. Dopiero w r. 1826 Devergie uzyskał u władz przyzwolenie na wykonanie sekcyj tych zwłok, które przez sąd już przeznaczonemi zostały na pogrzebanie, a pierwszém następstwem téj chwalebnéj uchwały była w lat kilka wyszła praca wspomnionego badacza „po gniciu ciał w wodzie,“ „o właściwych cechach, o których oznacza się czas przebywania zwłok w wodzie,“ „o zamartwicy z zaczadzenia, powieszenia, zanurzenia“ itd. Tenże sam Dévergie uzyskał u władz pozwolenie na wprowadzanie do czasowéj trupiarni dwa razy na tydzień po 30 do 35 uczniów, w celu ułatwienia im nabycia wprawy w pracach sądowo-lekarskich.

Chcąc ułatwić jak najliczniejszy przystęp publiczności do zwłok wystawionych, a jednocześnie nie narażać sąsiednich dzielnic na szkodliwe wyziewy, rząd cesarza Napoleona III postanowił w r. 1861 wystawienie nowego budynku, przy budowie którego uwzględnionemiby były powyższe okoliczności. Komisyja, któréj polecono wypracowanie planów, a w skład któréj powołano wielu przedstawicieli nauki lekarskiéj, wybrała na ten cel cypel w Cité, poza świątynią Notre-Dame, oblany z trzech stron łączącemi się ramionami Sekwany, i w trzy lata późniéj stanął zakład odpowiadający wszelkim wymaganiom interesów rządowych z jednéj strony, a zasad hygijeny z drugiéj. Od strony rzeki budynek ma postać półkolistą i zwraca uwagę chyba tém, że będąc jednopiętrowym wyróżnia się sam jeden wśród 6 i 7-piętrowych kamienic Paryża. Na dwa metry przed drzwiami trupiarni ustawiono ekran, którego zadaniem jest zasłonić wnętrze zakładu przed chcącymi uniknąć nie miłego dla siebie widoku przechodniami.

Sala dla publiczności jest obszerną, oddziela ją od sali zwłok oszklona przegroda, która posiada dwie zielone zasłony, przy pomocy których oszczędza się publiczności niemiłego widoku wystawiania nowoprzywiezionych zwłok, lub zabierania przeznaczonych na pogrzebanie.

Sala zwłok posiada 12 czarnych marmurowych stołów, nad każdym znajduje się haczyk, na którym zawieszają się medaliki, pierścienie, kulczyki itd. nieboszczyków, oraz miedziany kran, o którego przeznaczeniu poniżéj obszerniéj mówić będę. Na lewo od sali dla publiczności mieszczą się bióra, łączące się sienią z salą sekcyjną, sień ta posiada drzwi na ulicę, przez które wprowadzają złoczyńców, jeśli zachodzi potrzeba postawienia w obec ich ofiar. Na prawo zaś od sali dla publiczności znajdują się mieszkania dla służby, która w pełnieniu swych czynności, trzyma się przepisanéj kolejności.

Na lewo od sali zwłok jest sala dla ciał, mających już dekret pochowania; posiada ona 14 marmurowych stołów, opatrzonych kirem, pod którym umieszczony przyrząd kranowy służy do odwaniania zwłok; w środku podłogi téj sali znajduje się zakratowany otwór, do którego ściekają płyny odwaniające i powstające z gnicia. Po stronie prawéj sali zwłok znajduje się magazyn, mieszczący w sobie szafy, w których przechowuje się przez pewien przeciąg czasu odzież zwłok nierozpoznanych; odzież ta po poprzedniém wypraniu i wysuszeniu, do czego są osobne ubikacyje, składa się do worka, zawiązującego się sznurkiem, którego końce opatrzone bywają woskową pieczęcią zakładu, do worka załącza się spis odzieży i numer bieżący. Na koniec po za salą zwłok znajduje się się izba, w któréj odbywa się przyjęcie zwłok; jest ona wybrukowana i tak obszerna, że wózek zaprzężony w niéj swobodnie obraca się. Obfitość wody tu dopływającéj służy do obmycia zwłok strumieniem bieżącym, a jeśli tego zachodzi potrzeba, do wody dodaje się chlorek sodu w celu odwaniającym, lub posypują się zwłoki chlorkiem wapna. Do zakładu należy stajnia i wozownia, mieszczące to wszystko, co jest potrzebném dla sprowadzenia zwłok, dla dopełnienia pogrzebu, odbywającego się bądź kosztem rodziny, bądź miasta.

Dawniéj wystawiano ciała nago: obecny prefekt policyi przychylił się do zdania lekarzy sądowych, i obecnie zwłoki nie rozpoznane po poprzedniém rozebraniu i przekonaniu się, czy nie istnieją jakie właściwości przyrodzone lub sztuczne, ubierane bywają w odzież, którą na nich znaleziono; jeśli na ciele są pewne znaki wyszczególniające się, takowe, jako ułatwiające rozpoznanie, spisywanemi bywają; medaliki, pierścionki, kulczyki itd. zawieszają się przy stole, na których spoczywają zwłoki, a papiery znalezione przy trupie są przedmiotem szczególnéj i pilnéj uwagi.

Sala sekcyjna jest widna i obszerna, posiada ona stół obracający się oraz niezbędne przyrządy, jak np. waga, któréj jeden talerz ma postać zastósowaną do ważenia ciał noworodków, dwie strzykawki, jedna objętości 1 litrowéj, druga 2-litrowéj, przyczém obfity dobór kanek ułatwia możność zastósowania strzykawek do naczynia jakiegobądź światła; dwa słoje służą do przechowywania narządów, następnie rozmaite przetwory chemiczne, odwaniające, kran zaopatrujący salę tę w obfitą ilość wody słowem, lekarz pełniący tu czynności sądowo-lekarskie posiada wszystkie warunki ułatwiające i zabezpieczające jego osobę od szkodliwych następstw pozostawania w wyziewach gnilnych.

Pomijam opis bióra sądowego, jako nie posiadającego żadnéj wyłącznéj, a lekarza obchodzącéj cechy.

Dyrektorem tymczasowéj trupiarni jest przez władze naznaczony urzędnik przebywający w biórze sześć godzin dziennie, a ponieważ zwiedzanie odbywa się od wschodu do zachodu słońca, w czasie jego nieobecności wszystkie czynności odbywa pomocnik, a w nocy kolejno pełni służbę dwóch urzędników podrzędnych. Pomocnik dyrektora ma obowiązek sporządzić protokół zwłok przywiezionych, w którym prócz imienia i nazwiska, zawodu, wieku, miejsca urodzenia, jeśli te szczegóły są znane, zapisuje się przyczyna śmierci, opis ciała, ubrania, pieniędzy, biżuteryi, papierów itd.; w protokóle pozostawia się znaczna szpalta do wypełnienia, po odbytéj sekcyi. Protokół ten pisze się na dwie ręce, jeden pozostaje w biórze trupiarni, drugi odséla się do prefektury policyi; do czynności biórowych czasowéj trupiarni należy spisać protokół z rodziną, która zgłasza się z oświadczeniem, że jeden z jéj członków zginął bez wieści. Jeśli przy zwłokach znaleziono papiery, wykrywające rodzinne stosunki nieboszczyka, pozostała rodzina zostaje bezzwłocznie zawiadomioną. Zgłaszającą się rodzinę odséla dyrektor trupiarni do komisarza policyi, trudniącego się wyłącznie temi sprawami, a następnie do magistratu, gdzie się otrzymuje dekret pogrzebu. Jeśli na ciele są ślady gwałtu, dyrektor trupiarni zawiadamia o tém sędziego.

Ciała wystawiają się w ciągu trzech dni, zdejmuje się z nich fotografiję, nieraz oddającą w późniejszym czasie cenne usługi. Jeśli zwłoki uległy zadaleko posuniętemu rozkładowi, umieszcza się je wprost w sali przeznaczonych do pochowania, co ma miejsce zaraz po otrzymaniu dekretu pogrzebowego. Pogrzeb nie może się odbyć bez upoważnienia sądu, prokuratora Rzeczypospolitéj, oraz prefektury policyi.

Jeśli na zwlokach rozpoznano śmierć gwałtowną, czyni się wszelkie usilowania, by cialo jak najdłużéj zakonserwować. Zamrażanie ciał w lecie okazało się za kosztownèm; nastrzykiwanie naczyń przetworami przeciwgnilnemi już z tego względu niedogodne, że nie daje się uskutecznić na zwłokach porąbanych, z pociętemi naczyniami; powtóre nastrzykiwanie zgromadza krew do naczyń włosowatych, przez co małe sińce mogą przybrać wejrzenie wielkich obrażeń ciała, narządy wewnętrzne mogą się wydawać bardzo przekrwionemi, a okoliczności te wpływają bardzo na orzeczenie sądowo-lekarskie; poprzestano więc na zanurzaniu zwlok w płynach, posiadających ku temu żądane właściwości.

Od r. 1836 przyłączono do obowiązków dyrektora obliczania statystyczne, z których już dowiedziano się, że od r. 1848 ilość zwłok przyjmowanych podwoiła się, że liczba noworodków potroiła się, że tylko siódma cześć zwłok osób dorosłych pozostaje nierozpoznaną.

Czasowa trupiarnia przyjmując rocznie do 700 zwłok, pozostających w zakladzie 3—5 dni, musiała być otoczoną wyłączną pieczą władz, czuwających nad zdrowiem osób, odbywających w trupiarni swe czynności, jak i nad dobremi warunkami zdrowotnemi mieszkańców okolicznych. Rada zdrowia w porozumieniu się z budowniczymi uchwalila urządzić obszerne zarzewie do którego doprowadzone rurami zepsute powietrze przechodząc przez ogień utraca przez spalenie się części organizmu; nad zarzewiem obszerny i wysoko wystający nad dach komin miał ciągnąć powietrze, lecz pomimo że w zarzewiu spalono rocznie 24,000 kilogramów węgla, skutek tego sposobu odwietrzania okazał się nie wystarczającym; w celu wydoskonalenia lub wyszukania innego sposobu odwietrzania wyznaczył rząd komisyję, któréj referentem był Dévergie; po długich pracach komisyja przekonała się, że kwas karbolowy stanowi najlepszy przetwór odwaniający; następnie, ponieważ znaną jest rzeczą, że ciała w wodzie gniją powolniéj, komisyja uchwalila zbudować nad każdym stolem przyrząd kranowy, za pomocą którego zwłoki pozostają ustawicznie skrapiane wodą, zawierającą w sobie kwas karbolowy, przez co z jednéj strony opaźnia się rozkład, woda zmywa ciecze rozkładowe, a kwas karbolowy zabija ustroje niższego rzędu. Komisyja uchwaliła dodawać 18% objętości kwasu karbolowego do wody; kwas ten zawarty jest w osobnèm naczyniu opatrzonèm kranem, którego pokręcenie podług skali odpowiada ściśle obrachowanéj wydajności tego przyrządu, a dostawszy się do zbiornika, w którym woda ulega silnemu wirowaniu, kwas karbolowy zostaje rozkroplonym na drobne cząsteczki i w tym stanie zmięszany z wodą ustawiczną rosą pokrapia zwloki. Zdarza się, że w trupiarni znajduje się 12 zwłok, i to przeważnie topielców, a przy powyższym systemie odwaniającym nie wytwarza się zaduch szkodliwy osobom, pełniącym w trupiarni swe czynności.

Pomimo ponawianych usiłowań materyjał naukowy czasowéj trupiarni pozostawał za dawniejszych rządów bezużytecznie dla uczących się; obawa przed wykryciem i rozgłoszeniem takiéj zbrodni, któraby poruszając umysły wrażliwych paryżan, wywołałaby w dalszèm następstwie stawianie barykad, poniekąd nakazywała niedopuścić młodzieży uczącéj się do tajemnic trupiarni, lecz rządy obecne, jak wszystkie rządy liberalne, nie potrzebują ciągle drzeć o swój byt, ani też stawić osobisty interes wyżéj nad dobro spoleczne; prof. B r o u a r d e l otrzymał przed kilkoma tygodniami pozwolenie wprowadzania do sali sekcyjnéj uczniów seryjami po 15, których obowiązkiem jest wypracowanie orzeczenia sądowo-lekarskiego, opartego na sekcyi odbytéj przez samego profesora.

Doprowadzona więc do doskonałości pod wszelkiemi względami czasowa trupiarnia jest zakładem, mającym swe wielkie znaczenie dla mieszkańców, rządu i szkoły. Paryżanie, wyczytawszy w dziennikach o nowéj zbrodni, tłumnie spieszą do czasowéj trupiarni, gdzie nad porządkiem czuwa straż bezpieczeństwa. Ajenci tajnéj policyi nie od dziś już uczynili spostrzeżenie, że morderca ma nieprzezwyciężony pociąg do zobaczenia swéj ofiary, do posłyszenia, co o téj zbrodni ludzie mówią; ta psychologiczna prawda ułatwiła przebranym policyjantom schwytanie niejednego mordercy. Kto chce poznać stopień skażenia obyczajów, życia rodzinnego mieszkańców Paryża, kto życzyłby poinformować się, czy z postępem wiedzy postępuje w parze niemoralność, kto chciałby się przekonać, ile swych członków utraca społeczeństwo w walce o byt z przyrodą, z współzawodnikami, ten niech zajrzy do liczb statystycznych czasowéj trupiarni, niech się zapozna z zakładem, którego wierny lecz może za długi opis czytelnikom Przeglądu podaję.

Listy z Warszawy.

II.

Śmierć Dietla wywołała w Warszawie wielki żal, nietylko w kołach lekarskich, ale i w takich, które nie wiele mają styczności z lekarzami. Tutejsze Towarzystwo lekarskie byłoby pospieszyło z jakąś owacyją na jego pogrzeb, ale na nieszczęście telegram zawiadomiający naszego sekretarza stałego o tym smutnym przypadku tak się opóźnił, iż o niczèm podobnèm nie można było myśleć. Towarzystwo nasze zamierza uczcić pamięć największego z lekarzy polskich w taki sposób: iż jeden z członków jego odczyta obszerny życiorys dostojnego zmarłego i przedstawi liczne zasługi jego w obec medycyny i w obec społeczeństwa. Wszystkie pisma warszawskie podały mniéj lub więcéj obszerne życiorysy Dietla a pisma ilustrowane pomieściły i portret jego. Najobszerniejszy i najdokładniejszy z życiorysów skreślony był przez Łuczkiewicza w Kłosach. Gazeta warszawska, która w całych szpaltach zajmuje się sprawami zagranicznemi, nawet takiemi, które nie wiele nas obchodzą, nie znalazla czasu czy miejsca na uczczenie pamięci wielkiego lekarza polskiego i w krótkich bardzo słowach rzecz o nim zawarła. W łonie Tow. lekarskiego był nawet projekt, żeby wyznaczyć konkurs na temat: „Wyłuszczyć zasługi położone przez Dietla w medycynie.“

Na pierwszèm tegorocznèm posiedzeniu Tow. lekarskiego warszawskiego odbywały się doroczne wybory na urzędników i z tego powodu większa niż kiedykolwiek liczba członków się zebrała. Obecnych było 38, co w ogóle rzadkim jest wypadkiem; Hoyer, który tak świetnie Towarzystwo nasze reprezentuje, i który wszelkich starań dokłada żeby je ożywić, został i nadal i to prawie jednogłośnie wybrany na prezesa. Wiceprezesem został również powtórnie Pląskowski a Klink pozostał i nadal sekretarzem rocznym. Sekretarzem stałym jest Szokalski. Na owèm pierwszèm posiedzeniu rozbierana była także kwestyja konkursu imienia śp. Chojnowskiego. Proponowano rozmaite temata, ale na żaden z nich się nie zgodzono, dopiero na jednèm z późniejszych posiedzeń wybrano temat: „Praca z dziedziny higijeny Warszawy lub innego miasta polskiego“ (nagroda 150 rs.)

Przy końcu posiedzenia nastąpiło balotowanie, które z powodu niepomyślnego swojego rezultatu nie mało hałasu w Warszawie narobiło. Rzecz tak się miała: Panna Anna Tomaszewiczówna z Łomży studyjowała medycynę w Zurychu i tam przetrzymała wszystkie burze, odznaczając się wzorowém zachowaniem się i wielką pilnością w nauce. Usiłowania jéj uwieńczone zostały pożądanym skutkiem, gdyż nie tylko że z odznaczeniem złożyła egzamin na stopień doktora medycyny (rozumie się wydziałowy nie dający prawa do praktyki), ale nadto napisała dwie bardzo porządne prace: jednę o działaniu wodanu chloralu, a drugą o funkcyjach labiryntu. Doświadczenia, które wykonywała, połączone były z wiwisekcyjami i cieszyły się pewném uznaniem za granicą. Z prac tych prezes towarzystwa odczytał d. 4 grudnia r. z. pochlebne sprawozdanie, ale nie mówił wtedy, jakoby Panna T. miała zostać członkiem Warsz. Towarzystwa, chociaż właściwie wprzódy należało poddać pod głosowanie kwestyję, czy Tow. zgadza się na przyjmowanie do swojego grona lekarza kobiety lub nie. Głosowanie wypadło niepomyślnie, gdyż z 30 obecnych członków (kilku przed głosowaniem wyszło z sali) 19tu dało gałki białe a 11 czarne. Według ustawy Towarzystwa kandydat na członka wtedy tylko przyjętym zostaje, jeżeli ma dwie trzecie głosujących za sobą, kandydatura zatém panny T. upadła. Wiadomość o tém wkrótce przeszła do pism codziennych i liczne gromy skutkiem tego spadły na Towarzystwo. Wszystkie felietony gazet zapełnione były tą sprawą, a gazeta rosyjska wychodząca w Warszawie, „Zapadnaja poczta“ nieomieszkała skorzystać z téj sposobności, żeby z tego powodu społeczeństwo polskie jako wielce zacofane, jako przesiąkłe „chińszczyzną“ przedstawić. Oburzają się na to, że tak niegodziwie postąpiono z Panną T., która warunkom wymaganym przez Tow. odpowiedziała, pracami swojemi na uznanie ciała naukowego zasłużyła i i któréj wielką krzywdę „przez odrzucenie jéj kandydatury wyrządzono.“ „Medycyna“ wystąpiła niebawem z wyłuszczeniem powodów, które zniewoliły Tow. do takiego postąpienia, ale ponieważ interpretowała postępowanie Towarzystwa wyrażając się ogólnie, kiedy tymczasem właściwie tylko 11tu członków zdanie to podzielało, więc owa większość 19tu wielkie okazała niezadowolenie i nawet zaprotestowała przeciwko téj interpretacyi. „Gazeta Lekarska,“ która ma w szpaltach swoich miejsce na zamieszczanie w całości rozmaitych ćwiczeń studenckich, ale która najkompletniéj ignoruje Tow. lek. warsz., wcale się do téj sprawy nie mięszała.

Opozycyja (mówię o tych 11tu którzy czarne gałki wrzucili) postąpiła tak a nie inaczéj dla rozmaitych powodów. Jedni twierdzą, iż panna T. nie posiadając tutejszego dyplomu nie może być zapisaną w poczet członków Towarzystwa; inni mają jéj za złe, że ledwo opuściła ławkę szkolną i już zapisać się pragnie do Towarzystwa, kiedy wszyscy lekarze najmniéj parę lat na to czekają, starając się przez ten czas jakiemiś pracami i obserwacyjami dać poznać światu lekarskiemu nakoniec są tacy, którzy z zasady studyjowanie medycyny przez kobiety potępiają i dlatego do opozycyi należeli.

Z żalem przyznać trzeba, że pannę T. na samym wstępie w jéj zawodzie same tylko nieprzyjemności spotykają. Pragnęła tutaj egzamin składać i udawała się w tym celu do kuratora okręgu naukowego, ten ją odesłał do ministra a minister pozwolenia na to odmówił. Nadto ofiarowała swoje usługi towarzystwu czerwonego krzyża, ale to odrzuciło jéj propozycyję.

Towarzystwo lekarskie przyznało w tych czasach nagrodę konkursową imienia Chałubińskiego w ilości 240 rubli Drowi Henrykowi Dobrzyckiemu z Mieni za pięknie opracowane dzieło jego o kołtunie. Nagroda ta wyznaczona była dla autora, który najlepsze dzieło treści medycznéj w języku polskim wydał. Współubiegających się było trzech. Dzieło to Dobrzyckiego na 19tu arkuszach wydrukowane jest w rzeczy saméj najlepszą pracą, jaka w tym przedmiocie kiedykolwiek wyszła. (Ocenę nader pochlebną, którą szan. korespondent w dalszym ciągu listu swego podaje, pomijamy, ponieważ ona zgadza się w zupełności z oceną przez nas podaną w Nr. 8—10 Przeglądu Lek. r. z. *Dodatek Redakcyi).* Polecamy dzieło to najgoręcéj kolegom krakowskim i w ogóle galicyjskim, gdyż o ile wiemy jest ono bardzo mało między nimi rozpowszechnione.

Uzyskano nareszcie pozwolenie na zbieranie składek na fundusz żelazny, z którego procent przeznaczany ma być corocznie na stypendyjum imienia śp. Girsztowta i oto w krótkim przeciągu czasu zebrano przeszło 1,500 rubli a liczne składki wpływają nawet od nielekarzy. Przypuszczano tu po części, że i Kraków i Galicyja przyczynią się choć w małéj cząstce do tych składek, ale nadzieje te jakoś dotychczas zawiedzione zostały.

Sprawa o zabójstwo śp. Girsztowta była po raz wtóry roztrząsana w t. zw. Izbie sądowéj odgrywającéj dzisiaj rolę b. Sądu apelacyjnego. Jako ekspertów tym razem wezwano innych lekarzy, na żądanie po części prokuratora, a po części adwokata Kamińskiego, który koniecznie dowieść usiłował, że klijent jego nie jest zdrowy na umyśle. Przemawiał tedy nasamprzód Dr. Kurcjusz, który badał braci i siostry podsądnego i przekonał się, że siostra jego 18-letnia i 6-letni brat przedstawiają pewne zboczenie umysłowe, a mianowicie brak zdolności do nauki i pamięci. Argument to bardzo słaby zwłaszcza w obec faktu, że dzieci te pochodzą z drugiéj żony ojca Sroczyńskiego, kiedy podsądny i brat jego lekarz są dziećmi pierwszéj jego żony. Chomętowski szeroko się rozwodził nad stanem zdrowia podsądnego, ale ostatecznie nic innego nie powiedział, jak to cośmy już w sądzie okręgowym słyszeli.

Lekarz więzienny Zalewski utrzymywał, iż Sr. jest moralnie ogłupiały(?). Kosiński, Wł. Stankiewicz i Czausow (prof. anatomii w Uniw. warsz.) jako chirurgowie opisywali jeszcze raz ranę. Ten ostatni opowiadał, iż na 7 znanych mu z literatury przypadków podwiązania tętnicy uda głębokiéj tylko raz jeden wyzdrowienie nastąpiło. Nadto utrzymywał, iż nie uważa przecięcia tętnicy uda głębokiéj za ranę bezwarunkowo śmiertelną. Tego samego zdania był i Kotelewski, prof. medycyny sądowéj. Ekspert Wisłocki na zapytanie adwokata odpowiedział, iż rany zadawane bywają w celu zabójstwa najczęściéj w głowę, brzuch, piersi (o czém już Przegl. Lek. wspominał). Na ostatnim tym fakcie opierając się adwokat żądał, żeby klijent jego był karany za chęć zadania rany, i to przy uwzględnieniu okoliczności łagodzących, z powodu słabego rozwoju władz umysłowych podsądnego, przyczém dziwne wygłosił zdanie, iż prawo pisane jest dla ludzi normalnych, a Sr. jest, jak to lekarze stwierdzają, nienormalnie umysłowo rozwinięty. Ostatecznie Izba sądowa złagodziła wyrok sądu okręgowego i skazała Sroczyńskiego na 15 lat ciężkich robót. Adwokat jego zażądał kasacyi tego wyroku.

Warszawski gabinet anatomiczno-patologiczny otrzymał nadzwyczaj cenny okaz w darze od Towarzystwa lekarzy lubelskich; jest nim szkielet z ogromną masą nowotworów

kostnych. Lekarze lubelscy obiecują nam dokładny opis tego ciekawego i kto wie czy nie jedynego w swoim rodzaju preparatu, nie chcemy ich więc uprzedzać, nie możemy jednak wstrzymać się od podania o nim tymczasowéj wiadomości. Szkielet ten przedstawia wielką ilość, jak to już wspomniałem, narośli kostnych. Przedewszystkiém pojedyncze kręgi tak są silnie z sobą zrośnięte, iż kręgosłup przedstawia kanał jakby z jednéj sztuki kości złożony; stawy szczęk są tak z sobą zrośnięte, iż usta najszczelniéj są zawarte; pożywianie zmarłego mogło być uskuteczniane tylko za pomocą wlewania pokarmów płynnych przez rurkę do ust, końce kości prawie we wszystkich stawach są w podobny sposób zrośnięte. Oprócz tego w miejscach, gdzie się niektóre większe mięśnie znajdują, widzimy potężne masy kostne i tak przyczep ramieniowy prawy mięśnia najszerszego grzbietu jest zupełnie skostniały; mięsień kapturowy przedstawia również znaczne skostnienie. Największe skostnienie widać po prawéj stronie, w miejscu gdzie się znajdowały mięśnie pośladkowe. Na odnogach dolnych i górnych w miejscach przyczepu rozmaitych mięśni widać większe lub mniejsze masy kostne. Nowoutworzona tkanka kostna, badana pod drobnowidem nie przedstawiała żadnych zboczeń od prawidłowéj. O przebiegu klinicznym cierpienia, które do tak potwornych zmian doprowadziło, nic nie wiemy, i dla tego z niecierpliwością czekamy na ów obiecany opis, chociaż daje on długo na siebie czekać, bo podobno chory ów już od trzech lat nie żyje.

W ostatnim liście moim (zamieszczonym w Numerze 1 Przegl. Lek.) zakradła się pomyłka, którą wypada mi sprostować, mianowicie źle podałem sumę, jaką Tow. lek. warsz. w r. 1877 na wydawnictwo swojego pamiętnika łożyło. W księdze wydatków w roku wspomnianym nie 900 rs., jak to mylnie podałem, lecz 940 rs. 61 kop. figuruje jako wydatek na druk, papier itd. Pamiętnika; oprócz tego wypłacono dwa premija za najlepsze prace po 40 rs., czyli razem wydano rs. 1020 kop. 61. Ponieważ z prenumeraty wpłynęło 232 rs., zatém wydanie Pamiętnika w r. 1877 kosztowało nie 900, lecz tylko 788 r. 61 kop.

Warszawa 30 marca 1878. β.

VIII. Wiadomości bieżące.

† Dr. Seweryn Gałęzowski.

Członek honorowy Towarzystwa lekarsk. krakowskiego.

Dowiadujemy się właśnie z „Czasu", że Dr. Seweryn Gałęzowski po długich cierpieniach umarł w Paryżu d. 31 marca r. b. o godz. 9téj wieczór. Straciliśmy więc znów jednego z czcigodnych Nestorów naszych, Męża pełnego zasług, gorliwego dobrodzieja zwłaszcza cierpiących rodaków swoich. Z Krakowem i Galicyją wiążą ś. p. Gałęzowskiego kilkakrotny jego dłuższy u nas pobyt oraz czynny udział, który brał w I Zjeździe lekarzy i przyrodników, odbytym w Krakowie w r. 1869, na którym razem z Brodowiczem i śp. Dietlem przewodniczył w sekcyi klinicznéj. Mieliśmy wtedy sposobność poznać zacność jego charakteru, ojcowską życzliwość dla młodszych kolegów, mieliśmy sposobność podziwiania postaci świetnéj, która jak posąg spiżowy przypominał przeszłość. Postać ta usunęła się z widowni, ale pamięć jéj nie zginie. Pokój cieniom zacnego Męża!

* **Kraków,** d. 5 kwietnia. Niebezpieczeństwo grożące krajowi naszemu z powodu epidemij i epizoocyj srożących się na Wschodzie zajmuje ciągle umysły. Jakkolwiek nierównie pewniejszym środkiem zapobiegawczym byłoby przeprowadzenie należytéj desinfekcyi pobojowisk samych, to przecież, ponieważ desinfekcyja ta nie zależy od Rządu naszego, przyznać należy, że władze nasze czynią co tylko w ich jest mocy, aby przewleczeniu chorób zaraźliwych zapobiedz. Rozchodzi się tylko o to, czy środki, przez władze polecone, będą wykonywane z całą sprężystością i sumiennością, co oczywiście zależy tylko od organów podwładnych. W téj mierze bardzo byłaby pożądaną wiadomość, że nad dezinfekcyją na granicy czuwają osoby lekarskie kompetentne; téj wiadomości atoli dotąd nie wyczytaliśmy.

Na dziś zapisujemy tylko rozporządzenie ogłoszone w urzędowéj gazecie czerniowieckiéj: „Celem zapobieżenia przewleczeniu chorób nagminnych i stadnych, które srożą się w zagranicy sąsiedniéj, c. k. Rząd krajowy uważa za stósowne polecić, aby wagony przewozowe wracające z Rumunii poddano desinfekcyi na stacyi granicznéj w Ickanach, podwody zaś wracające z Rumunii i Bessarabii na stacyjach w Nowsielicy, Żurynie, Synoucu, Ickanach, Nemeryczenach, Kornoluńczach i Guranegri, następnie aby czémprędzéj przeprowadzono czyszczenie i desinfekcyję miast i miejsc targowych, wprowadzanie i przewożenie kości zawieszono, oraz aby granica rumuńska i bessarabska zamkniętą została dla wszystkich przedmiotów bez wyjątku, wyszczególnionych w §. 26 ustawy o zarazach, — co niniejszém do powszechnéj podaje się wiadomości. Czerniowce d. 24 marca 1878 c. k. Rząd krajowy bukowiński."

* W Nr. 13 *Berl. klin Woch.* znajdujemy sprawozdanie z rozprawki Dra Ponikły o zmianach anatomicznych n. współczulnego u dyjabetyków, ogłoszonéj najprzód w Przegl. Lek. a późniéj w Lancecie.

* **Londyn.** D. 1 bm. minęło lat 300 od dnia urodzenia się Wilhelma Harveya. Anglicy zamierzają wystawić mu pomnik, i na ten cel zebrali już 16000 zł.

Deputowani Holt i Wilson wnieśli w parlamencie nowy dodatek do ustawy o wiwisekcyjach, mający ustawę tę jeszcze obostrzyć *(The Lancet* 1878, Nr. 11.)

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Hubert Riedinger, asystent prof. Brauna we Wiedniu zamianowany został dyrektorem zakładu położniczego w Bernie morawskiém. — Dr. Andrzéj Rosenberger habilitował się jako docent w wydz. lekarskim w Würzburgu. — Prof. Hüter w Gryfii podał się do dymisyi. — Miejsce Dra Wernhera, prof. chirurgii w Giessen, który udał się na spoczynek i otrzymał order Ludwika heskiego, zająć ma Dr. Bose, asystent prof. Langenbecka. — Po zamianowaniu Dr. Ortha profesorem w Getyndze asystentami Virchowa obecnie będą: Drowie Jürgens, Grawitz i Israel.

* **Nekrologija.** W mieście würtemberskiém Heilbronn umarł d. 20 marca r. b. skromny lekarz praktyczny, którego imię atoli należy do najświetniejszych naszego stulecia i pozostanie nieśmiertelném. Lekarzem tym był Juliusz Robert Mayer urodzony w Heilbronn dnia 25 listopada 1814 r., twórca teoryi mechanicznéj ciepła. Świetne odkrycie mechanicznego równoważnika ciepła, które stało się podstawą prawa o zachowaniu się siły, ogłosił M. w r. 1842 w małéj broszurce, a jednak kilka tych kartek zapewniło mu nieśmiertelność. W r. 1867 wyszły wszystkie pisma jego p. t. „Mechanika ciepła". — Anatom prof. Dursy w Tybindze umarł licząc lat 48.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dra LASKOWSKIEGO (w Genewie): Procédé de conservation des cadavres et des préparations anatomiques. Genève 1878.

Dra DOBIESZEWSKIEGO: Przewodnik do klimatycznego leczenia. Warszawa 1878, in 8vo maj. str. 565. (cena 4 rs.)

Z tych dwóch prac zdamy sprawę niezadługo.

Sprostowanie. W Nrze 13, str. 158, szpalcie 2giéj, wierszu 28 od dołu zamiast Pemphigus v. chr. m. scrophulosus ma być Pemphigus v. chr. m. serpiginosus.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rekopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 13 Kwietnia 1878. № 15. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Rydel.

„Oculus ad vitam nihil facit, ad vitam beatam nihil magis“.

Objąwszy w październiku 1869 r. zrazu w zastępstwie mojego szanownego poprzednika ś. p. prof. Sławikowskiego, a w rok późniéj stale kierownictwo kliniki okulistycznéj Uniw. Jagiell. otrzymałem sposobność spostrzegania i leczenia liczniejszego zastępu chorych tak przychodnich, jakoteż i w stałéj klinice pomieszczanych. Zastęp ten był wprawdzie początkowo dość szczupły, bo ograniczył się w piérwszym roku mojéj działalności do 596 chorych przychodnich, a ilość chorych stałych nie dochodziła w piérwszych trzech latach liczby 90, którzy na 10 łóżkach, w trzech małych pokoikach ówczesnéj kliniki, bardzo zresztą szczupłéj i pod wielu względami niedostatecznéj [1]) w ciągu dziesięciu miesięcy roku szkolnego pomieszczenie znaleźć mogli.

Rok szkolny 1872/3 zapisał się dzięki szczodrobliwości Wysokiego Rządu w historyi Zakładów naszego Uniwersytetu, a względnie Wydziału lekarskiego znaczném rozszerzeniem, o wiele dogodniejszém umieszczeniem i uposażeniem kliniki okulistycznéj, dla któréj przeznaczone zostało całe, umyślnie w tym celu wzniesione piętro na domu dawniéj prof. Brodowicza [1]).

Napływ chorych, który już poprzednio wzmagał się z roku na rok, wzrósł nagle i zwiększa się odtąd ciągle, co prócz rozszerzenia kliniki przypisać niezawodnie należy coraz większemu ułatwieniu komunikacyi w kraju i wzrostowi oświaty uboższych klas ludności, uczuwających coraz żywiéj potrzebę leczenia się, a szukających w chorobach oczu pomocy w naszym Zakładzie. Roczna liczba chorych [2]), którzy mia-

[1]) Nie rozwodząc się obszerniéj nad ówczesnym stanem kliniki okulistycznéj wspomnę tylko, że asystent nie mieszkał w klinice lecz w mieście, że całą służbę, opiekę i dozór nad chorymi pełniła jedna i jedyna posługaczka, że klinika nie miała sali wykładowéj, pokoju poczekalnego dla chorych przychodnich, ani dotacyi na narzędzia operacyjne, przyrządy naukowe itp. nieodbite potrzeby.

[1]) Klinika ma odtąd pomieszczenie na 24 chorych w sześciu salkach, obszerną i stosownie urządzoną salę wykładową, pokój poczekalny dla chorych, kancelaryjkę dla profesora, mieszkanie dla asystenta i kuchenkę podręczną. Dozór i obsługę chorych pełnią trzy posługaczki, a inne posługi osobny posługacz. W roku 1871 otrzymała klinika znaczniejszy jednorazowy zasiłek na sprawienie narzędzi operacyjnych i przyborów do nauki i badania chorych, a oprócz tego pobiéra roczną dotacyję na te potrzeby. Jakkolwiek nowo umieszczona i rozszerzona klinika nie dorównywa wielu wspaniałym, zwłaszcza w nowszych czasach wzniesionym tego rodzaju zakładom zagranicznym, a nawet ma pod wielu względami niedogodności i niedostatki, których niepodobna było uniknąć z powodu położenia i rozmiarów już naturą budowy z góry określonych, to przecież posiada ona przynajmniéj główne warunki do udzielania nauki i pielęgnowania chorych potrzebne.

[2]) Liczba chorych wynosiła:

W roku szk. 1869/70	stałych	89,	przychodnich	596,	razem	685
„ „ 1870/71	„	86	„	736	„	822
„ „ 1871/72	„	38	„	662	„	700
„ „ 1872/73	„	118	„	945	„	1063
„ „ 1873/74	„	166	„	915	„	1081
„ „ 1874/75	„	173	„	1145	„	1318
„ „ 1875/76	„	162	„	906	„	1068
„ „ 1876/77	„	144	„	1108	„	1252
Od 1/10 do 31/12 1877	„	57	„	257	„	314
Ogółem	stałych	1033,	przychodnich	7270,	razem	8303

Mniéjsza liczba chorych w roku szkolnym 1871/2 tłumaczy się zamknięciem kliniki z powodu budowy; stałe pomieszczenie znajdowali chorzy tylko od maja do połowy lipca w klinice urządzonéj tymczasowo w szpitalu św. Łazarza.

nowicie w ostatnich pięciu latach leczyli się w klinice stałej i ruchomej, nie imponuje wprawdzie swoim ogromem, ale podaje uczniom dostateczną sposobność wykształcenia się w okulistyce, a zarazem nastręcza — zwłaszcza w zestawieniu z lat kilku — dość obfity materyjał do czynienia spostrzeżeń naukowych i wyprowadzania z nich wniosków. Korzystając z tego materyjału zamierzam w niniejszéj pracy podzielić się z czytelnikiem spostrzeżeniami, które mi się od objęcia kierownictwa kliniki aż po koniec grudnia 1877 r. nad zaćmą w ogólności poczynić udało, a następnie zdać sprawę z wszystkich w ciągu tego czasu uskutecznionych operacyj zaćmy. Wynika to już z samej natury przedmiotu, że wiele z tego, co powiem, nie będzie miało cechy zupełnej nowości, nie ubiegam się też o nią koniecznie, poprzestając na wypowiedzeniu w rzeczach spornych lub wątpliwych przekonania osobistego, opartego na własném doświadczeniu i zadowalając się przedstawieniem wiernego obrazu téj części mojéj działalności klinicznéj. Obok tego zdarzy się jednak tu i owdzie sposobność podania do wiadomości świata lekarskiego uwag, które mi się pod względem zaćmy nasunęły i spostrzeżeń albo wcale dotąd nieznanych, albo przynajmniéj ze względu na nasze krajowe stosunki nowych i ciekawych. Jeżeli mi się prócz tego uda wzbudzić zajęcie moich niegdyś uczniów, a obecnie lekarzy po kraju rozprószonych i ułatwić im przypomnienie sobie tego, na co razem ze mną własnemi patrzyli oczyma, uważać będę cel téj drobnéj pracy za osiągnięty.

Część I. Spostrzeżenia i uwagi ogólne nad zaćmą.

Stosunek liczebny chorób soczewki do chorób innych części oka zdaje się według mojego doświadczenia nie różnić u nas bardzo od takiegoż stosunku gdzieindziéj spostrzeganego. Stosunek ten wynosi według statystyki Cohna z Wrocławia, obejmującéj blizko 300,000 chorych (spostrzeganych w roku słonecznym 1872 w 24, w 1874 w 27, a w roku 1875 w 35 zakładach okulistycznych różnych krajów) 6 na 100. Chcąc ten stosunek u nas oznaczyć dokładniéj musiałbym sprawdzać go na 8303 chorych spostrzeganych w naszéj klinice w okresie czasu, którym się zajmuję, poprzestanę więc dla oszczędzenia sobie wiele czasu i żmudnéj mechanicznéj pracy na przytoczeniu, że w sprawozdaniach, które do wspomnionéj statystyki przesłałem Cohnowi za rok słoneczny 1874 i 1875 przypada 259 przypadków chorób soczewki na 3382 wszystkich chorób oczu, uważanych u 2213 chorych, co stanowi 7·65%. Statystyka Szokalskiego (Wykład chorób przyrządu wzrokowego. Tom II, str. 212.), według któréj w liczbie 23,570 chorych na oczy było tylko 528 tj. 2·24% zaćmą dotkniętych, przemawiałaby za znacznie rzadszém pojawianiem się zaćmy u nas, a to tém bardziéj, że statystyka ta bierze za podstawę nie ogólną liczbę chorób ocznych, lecz liczbę osób chorych na oczy. Większą jest ta odsetka według Jodki-Narkiewicza (Sprawozdania z Instytutu oftalmicznego z lat 1870 do 1875.), który na 13912 chorób ocznych spostrzeganych u 12617 chorych przychodnich uważał 483 przypadków chorób soczewki tj. 3.47%. Licząc zaś chorych tak stałych jak przychodnich znachodzimy w instytucie oftalmicznym warszawskim 739 przypadków z chorobami soczewki na 14955 chorych ocznych, tj. 4·94%.

Te spostrzeżenia kolegów warszawskich przemawiałyby za rzadszém pojawianiem się u nas chorób soczewki, z czém jednak nie zgadza się bynajmniéj moje doświadczenie, prawda, że w innych okolicach kraju naszego nabyte.

Ale zupełnie inaczéj ma się rzecz co do poszczególnych postaci zaćmy, a przedewszystkiém co do zaćmy warstwowéj *(Cat. zonularis vel perinuclearis)*, postać ta jest bowiem u nas bez żadnego porównania rzadszą, aniżeli w innych krajach. Różnica ta jest tak wielką, że mnie już w piérwszych latach mojego pobytu w Krakowie uderzyła, a od lat kilku zwracałem na nią w wykładach moich stale uwagę uczniów. Tyczy się ona niewątpliwie przynajmniéj Niemiec, co do których twierdzenie moje udowodnić mogę niezbitemi liczbami. I tak w rozprawie mojéj o zaćmie warstwowéj (Przegląd Lekarski Nr. 3, 4, 6, 8, 10, 12 i 14 z roku 1864) przytoczyłem, że na 10668 chorych spostrzeganych w ciągu czterech lat (od paźdz. 1859 do paźdz. 1863) w klinice Arlta w Wiedniu znalazłem 29 przypadków zaćmy warstwowéj tj. jeden na 367 chorych czyli 0·27%. Niemal taki sam stosunek zachodzi w sprawozdaniu [1]) z téjże kliniki z lat 1863 do 1865, w którém na 5626 [2]) chorych znajduje się 15 (a więc jeden na 375 czyli 0·26%) przypadków téj zaćmy. Jeszcze częstszą jest zaćma warstwowa według sprawozdań zakładu okulistycznego Pagenstechera w Wiesbadenie, gdzie na 14619 chorych spostrzeganych w ciągu lat sześciu (od 1860 do 1865) wydarzyło się 54 przypadków téj postaci zaćmy, a więc jeden na 270 chorych czyli 0·36%.

O połowę i jeszcze rzadziéj aniżeli w Wiedniu i Wiesbadenie, ale zawsze znacznie częściéj aniżeli u nas napotykamy ją w sprawozdaniach z innych zakładów niemieckich, mianowicie w Heidelbergu Knapp na 10498 chorych 15, Becker na 11827 chorych 15, razem 30, tj. 1 na 744 czyli 0·13%; w Frankfurcie n. M. Steffan na 32595 chorych 41 tj. 1 na 794 czyli 0·12%. Razem więc w czterech zakładach niemieckich znachodzimy 169 zaćm warstwowych na 85835 chorych tj. jednę na 513 czyli prawie 0·20%.

Według statystyki Weckera w Paryżu wypada we Francyi na 13290 chorych 20 przypadków tj. 1 na 664 czyli 0·15%.

Zupełnie innym okazuje się ten stosunek u nas. I tak w klinice mojéj na 8303 chorych tak stałych jak przychodnich widziałem wszystkiego 5 przypadków tj. jeden na 1660 czyli 0·06%. Na 5281 chorych, których w dziennikach mojéj praktyki prywatnéj mam zapisanych, znajduję tylko 4 przypadki, tj. 1 na 1320 czyli nie całkiem 0·07%, a uwzględniwszy, że powyższa liczba nie obejmuje wszystkich chorych leczonych prywatnie, gdyż co najmniéj 1500 przypadków z lżejszemi cierpieniami oczu pominiętych jest w moich dziennikach, podczas gdy nie spotkał ten los żadnego przypadku zaćmy warstwowéj, zbliżymy się niezawodnie więcéj do prawdy przypuszczając, że odsetka ta wynosi także i tutaj tylko 0·06%.

Szokalski miał na 23570 chorych 13 zaćm warstwowych tj. 1 na 1813 czyli niespełna 0·06%.

Ze sprawozdań Jodki-Narkiewicza z Instytutu oftalmicznego warszawskiego nie można oznaczyć stosunku téj postaci zaćmy do wszystkich chorób lub chorych ocznych tamże spostrzeganych, gdyż w sprawozdaniu z kliniki ruchoméj po-

---

[1]) *Bericht über die Augenklinik der Wiener Universitaet 1863—1865 unter Mitwirkung des Prof. Dr. F. Arlt herausgegeben von Dr. M. Tetzer, Dr. L. Rydel und Dr. O. Becker.*

[2]) Sprawozdanie obejmuje właściwie 8451 chorych, a pomiędzy niemi 26 zaćm warstwowych, gdy jednak rok szk. 1862/3 z 2825 chorymi i 11 zaćmami warstwowemi wchodzi już w powyższą statystykę moją musiałem go tutaj wytrącić, chcąc uniknąć podwójnego liczenia jednych i tych samych chorych.

dane są tylko liczby chorób soczewki w ogólności, a nie wymienione liczby szczególnych postaci zaćmy; ale za to na 2338 chorych stałych znajduję tylko dwa przypadki zaćmy warstwowéj, co czyni nie wiele nad 0·08%.

Zestawiwszy liczby Szokalskiego, Jodki i moje otrzymujemy 24 przypadków zaćmy warstwowéj na 41092 chorych tj. niespełna 0·06%. Odsetka ta jest bardzo różna od odsetki w zakładach niemieckich: w niektórych z nich bowiem jest ona 4 do 6 razy, a we wszystkich razem wziętych z górą 3 razy większą aniżeli u nas. Sądzę więc, że te liczby dowodzą aż nadto jasno i stanowczo twierdzenia mojego, że zaćma warstwowa jest u nas o wiele rzadszą aniżeli w Niemczech, a to tém bardziéj, gdy jéj odsetka we wszystkich trzech sprawozdaniach polskich jest prawie zupełnie równa. Co do Francyi to zdaje się, że i tam wydarza się zaćma warstwowa częściéj aniżeli u nas, przemawiałaby za tém przynajmniéj powyżéj przytoczona statystyka Weckera, jedyna, którą znam co do tego przedmiotu.

Inne spostrzeżenie, które również już w piérwszych latach mojéj działalności klinicznéj zrobiłem, odnosi się do powstawania zaćmy u kobiét. Zgodnie z doświadczeniem Szokalskiego (tamże str. 212), że „do pięćdziesiątego roku życia kobiéty ulegają częściéj zaćmie aniżeli mężczyzni, późniéj zaś częściéj mężczyzni“ uderzyło mnie, że pomiędzy niewiastami przyjmowanemi do kliniki w celu zdjęcia zaćmy znajduje się w porównaniu z mężczyznami stosunkowo wielka ilość względnie młodych (między 30 a 50 rokiem życia). Jakoż z zestawienia chorych, które w drugiéj części niniejszéj pracy podam, okazuje się istotnie, że odsetka kobiet z zaćmą samorodną niepowikłaną *(Cataracta spontanea non complicata)* do 50go roku życia wynosiła 44·14%, mężczyzn zaś tylko 22·58%. Znaczna część tych stosunkowo młodych kobiet, prawie wyłącznie stanu włościańskiego, uderzała swoją wątłością, a raczéj złym stanem odżywienia i oznakami przedwczesnéj zgrzybiałości pomimo, iż nie można było wykryć u nich żadnego wyraźnego zboczenia zdrowia ogólnego, a mianowicie cukrzycy. Śledząc przyczyn tego przedwczesnego upadku ustroju doszedłem niebawem, że pewna część tych kobiét odbywała liczne porody, i jak to jest w zwyczaju u naszych włościanek, karmiła dzieci zbyt długo. Pomimo, iż dopiéro w ostatnich cztérech lub pięciu latach uwzględniano stale tę okoliczność przy spisywaniu wywiadów, znajduję przecież w dziennikach kliniki stałéj dziesięć kobiet operowanych na zaćmę samorodną, z których najmłodsza miała 30, a najstarsza 48 lat wieku, a z których jedna odbyła 5 porodów i jedno poronienie, cztéry po 6 porodów, dwie po 7, a trzy po 8 porodów, wszystkie zaś karmiły dzieci po półtora do dwóch lat. Wiem bardzo dobrze, że nie wystarcza to do wytłumaczenia wcześniejszego zapadania kobiet w ogólności na zaćmę, nie myślę też bynajmniéj utrzymywać, jakoby było skutkiem działania téj j e d y n é j przyczyny, ale zdaje mi się rzeczą bardzo do prawdy podobną, że liczne porody w połączeniu z nadmiernie długiém karmieniem przy ciężkiéj pracy i często niedostateczném, a zawsze nieodpowiedniém, bo niemal wyłącznie roślinném żywieniu się stanowią cały szereg szkodliwych czynników, które podkopują ustrój, sprowadzają przedwczesną zgrzybiałość, a jako jeden z jéj objawów utratę przeźroczystości soczewki i w ten sposób stają się j e d n ą z p r z y c z y n, że kobiety częściéj od mężczyzn w stósunkowo młodym wieku podlegają zaćmie. Czy istotnie tak jest, wykazać mogą dopiéro dalsze spostrzeżenia, nierównie liczniejsze aniżeli te, na których dotąd oprzeć mogę to przypuszczenie. Wydaje mi się to jednak już teraz i z tego jeszcze powodu bardzo do prawdy podobném, że w mojéj praktyce prywatnéj, a zatém u osób zamożniejszych, na które nie działa cały szereg przytoczonych powyżéj wpływów szkodliwych, nie wydarza się przed 50tym rokiem życia zaćma u kobiet częściej aniżeli u mężczyzn; a nawet kobiéty leczone w klinice, ale należące do zamożniéjszych klas ludności, prawie wszystkie miały wyżéj 50, a nawet po większéj części wyżéj 60 lat wieku.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Prof. Meynerta we Wiedniu.

Przypadek nowotworu w okolicy mostu Varola. Powikłanie zboczeń nerwowych ze szczególnego rodzaju objawami psychicznemi.

Opisał Dr. **Alf. J. Laskiewicz-Friedensfeld,**
Sekundaryjusz w oddziale dla chorób nerwowych i umysłowych, oraz demonstrator w zakładzie histologiczno-fizyjolog. prof. Brückego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14.)

25/1. Zbiera jakieś drobne rzeczy biorąc je do ust, zdaje się, że coś kosztuje, połyka i liże palce; powiada, że jé ciasteczka albo coś takiego czego nigdy nie jadła, wspomina o jakimś jéj dotąd niewiadomym smaku (omamy w dziedzinie wzroku, dotyku i smaku). Porusza palcami w ten sposób, jakby coś chciała na nitkę nawlec; mają to być korale i perełki, które też chora sobie zawiesza. Zawrót głowy często tak dalece się wzmaga, że chora trzymając się kratek łóżka głośno krzyczy i płacze, sądząc, że upadnie; zboczenie to w innerwacyi nerwów ruchowych łączy się z objawami psychicznemi, z omamami, chora bowiem zapytana wyraża się, że słyszała lub widziała, że musi upaść do wody, tuż obok swego łóżka.

26/1 Przed 3ma dniami rozpoczęto wcierania szaruchy (40 gr. ung. cin. na dzień). Niepewność w równowadze i zawrót głowy wzmagają się szybko, tak że chora częstokroć wypada z łóżka; zdaje się, że ma omamy słuchowe, słyszy bowiem, że w około niéj znajduje się dużo ludzi.

27/1. Coraz większe zboczenia ruchowe i czuciowe: chora stąpa bardzo niepewnie; trzeba ją prowadzić, przy czém okazuje s k ł o n n o ś ć c h o d z e n i a w t y ł albo nawet upada w znak, zjawisko, które wraz z z a w r o t e m g ł o w y jest jak wiadomo, pewną oznaką c i e r p i e n i a m ó ż d ż k u; ponieważ zaś chora przez niejaki czas stanowczo z w r a c a ł a g ł o w ę n a s t r o n ę p r a w ą i n a d ó ł, więc zdaje się, że sprawa chorobowa zajęła również i odnogi móżdżku *(processus cerebelli ad pontem)*; trzymanie się choréj przymusowe *(Zwangshaltung)* oraz i mimowolne ruchy tegoż rodzaju oparte na wyobrażeniach przymusowych, przyczém chora chodząc często zginała się ku stronie prawéj lub po téj stronie wypadała z łóżka, wszystko to dowodzi udziału m o s t u V a r o l a w sprawie chorobowéj, co też popierają i z b o c z e n i a w s f e r z e c z u c i o w é j, a przedewszystkiém całkowite p o r a ż e n i e jednakiego stopnia obydwu n e r w ó w o d w o d z ą c y c h g a ł k ę; ponieważ zaś te ostatnie wychodząc na podstawie mózgu tuż przy tylnym (czyli dolnym) brzegu mostu Varola przebiegają pod mostem, tuż przy linii dośrodkowéj i blisko

siebie na przód oraz w górę, więc porażenie ich mogło być wywołane przez ucisk z góry na dół, za pośrednictwem mostu Varola. Ucisk ten, w têm miejscu największy, powinien był zależeć od nowotworu lub innego rodzaju ogniska odgraniczonego i na tle skazy kiłowéj powstałego, ogniska, które się rozszerzało w tył i w górę aż do pewnéj części móżdżku, zatém cokolwiek więcéj w stronę lewą się rozrosło, przez co lewy nerw twarzowy częściowo był bezwładny, a potém w górę i naprzód aż do przedniego brzegu mostku Varola, przez co wytłumaczyć się dają owe przymusowe ruchy i trzymanie się choréj; zginanie się ku stronie prawéj, oraz i słaby uścisk prawéj ręki, zależne są od współudziału odnogi mózgowéj *(pedunculus cerebri)* lewéj. Tuż przy przednim brzegu mostu Varola wychodzące nn. okoruchowe były też, jak widzieliśmy, częściowo porażone. Nerwy trójdzielne, przy zewnętrznym brzegu mostu Varola wychodzące, nie okazywały znacznych zmian w swéj czynności a nn. bloczkowe, wychodzące pod odnogami mózgu krzyżując się z niemi, również wcale nie były uszkodzone. — W sferze czuciowéj uważano u pacyjentki pewne zmiany, powikłane jednak z omamami, oraz i uczuciami histerycznemi. Od samego początku choroby spostrzeżono u choréj miernego stopnia nadczulość; choréj się zdawało, że jéj ktoś włosy pali; w rękach trzymała ona papier wilgotny, zdawało się, że jadła ciasteczka o nieznanym jéj smaku; daléj słyszy kogoś, co mówi o ubraniu, które ona ma wziąść; kiedy niekiedy jest znowu całkiem przytomną: tak np. mówi, że mieszka obecnie u kobiety (pielęgniarki), która nad nią czuwa i ją leczy; czasem znajduje się w stanie melancholicznym, tęskni, prosi o przebaczenie; prosi aby ją wyleczono, powiada: „Pan Bóg przysłał mnie tutaj i chce mnie wyleczyć, mam dużo i rozmaitych cierpień; czuje bóle; zresztą nie mogę wszystkiego dobrze powiedzieć; lekarz wié lepiéj niż ja; Pan Bóg jemu już powié.“ Pada na kolana przed lekarzem i prosi aby do Matki Boskiéj przemówił parę słów. Zawrót głowy bardzo znaczny, tak, że chora trzyma się czasem za kratki łóżka. W nocy znajduje się pod łóżkiem, szuka wciąż jakichś przedmiotów.

28/1. Chora nie przystępna, nie odpowiada na zapytania, jest markotną, odpędza zbliżających się; „muszę gdzieś pójść, idę do domu; ale, proszę was, nie mam ubrania; jestem tak ubogą, że już i powiedzieć nie mogę więcéj nikomu; widzę, że w całém mém życiu nigdy nie byłam tak ubogą, jak dziś; proszę Was, abyście mi coś pożyczyli; miałam dosyć dużo sukien, przyszłam tutaj, jak magnatka; w tym momencie muszę wyjść ztąd; ale w rzeczy saméj tak mnie już źle teraz, że ani chodzić, ani stać nie mogę, jestem w istocie bardzo cierpiącą.“

Do tych wyrazów, polegających po części na zaburzeniu umysłu lub uczuciach właściwych histeryi, nienaturalnych, dziwacznych, dołączają się znowu szczególnego rodzaju omamy, wreszcie zboczenia czuciowe: nadczułość wy-wysokiego stopnia. „Dopiero co miałam łańcuszek w ręce, który często nosiłam w rękach, miałam kulczyki, medalion, zgubiłam, być może że rzeczy te gdzieś zostały między fałdami méj sukni (chora szuka po całém łóżku); a, otóż je mam (chora chwyta coś w powietrzu i trzyma coś w pięści). Boże mój, coś mnie tam kłuje, w sukni muszą być gdzieś igły!“ Krzyczy, zrywa się z łóżka. — Porażenie nerwu twarzowego wzmaga się; najwyższa gałązka tegoż, zaopatrująca m. czołowy i brwiowy, już nie działa; chora, szczególniej ze strony prawéj już nie może marszczyć skóry czoła.

29/1. Wzrok pacyjentki żadnéj zmiany nie okazuje, choć ona sama sądzi, że lepiéj widzi. Nadczułość skóry ogólna oraz bolesność pewnych gałązek nerwów przy dotykaniu doszły do najwyższego stopnia: chora skarży się, że skóra jéj pali się; zdaje się jéj, że znajduje się w ogniu. Miejsca twarzy odpowiadające otworowi nadoczodołowemu i *fossae caninae*, w których występują nerwy nad i podoczodołowe są bardzo bolesne przy najlżejszym dotyku, szczególniej ze strony prawéj; skóra odnóg również jest bardzo nadczułą.

31/1. Chora znowu bardzo niecierpliwa, markotna i kapryśna; nie daje się poruszać, nie bierze leków; zresztą odpowiada dość zrozumiale i trafnie; zawrót głowy i chwianie się przy chodzeniu zmniejszyły się. Tętno 72.

2go lutego. Płacząc mówi chora: „chciałabym już wszystko do końca doprowadzić; ja tak bardzo fatyguję i męczę innych ludzi; zresztą nie jestem temu winną, że ludzie tyle mają przeze mnie i ze mną roboty; ja na to nie zasługuję; (jest to t. zw. „*Kleinheitswahn*“ melancholikom właściwy); Bóg jest świadkiem, że jako dziewczyna dosyć już pracowałam; inni wygadują na mnie i besztają; pewnie zasłużyłam na to, aby mnie czyniono wyrzuty; nie znajdowałabym się tutaj; Boże! jestem w mogile; miałam tyle bólów.“ Chora nie oryjentuje się co do miejsca, w którém się znajduje, jako też i co do czasu. Zdaje jéj się, że tu jest 3 dni; teraz ma być kwiecień; liczy 18 lat, bo rok się jeszcze nie skończył. Zawrót głowy wzmaga się, również jak i porażenie całéj połowy prawéj twarzy. Tętno 92.

3/2. Chora nieco spokojniejsza; żali się: „nie jestem tak nabożną, jak się należy; chciałabym być pobożną, ale widzę, że nie mogę, bom się tego nie nauczyła; to mnie bardzo dręczy. Wcale na to nie zasługuję, aby się mną tyle zajmowało ludzi. Jeżeli Bóg chce, abym umarła, uczyniłabym to chętnie. Zdaje mi się, że byłam niegrzeczną z innymi ludźmi; żałuję bardzo i nie mogę sobie tego przebaczyć.“ Wieczorem znowu znaczna nastąpiła nadczułość, lewe oko bolesne, wszystko ją boli w skutek leżenia. Tętno 100.

5/2. Chora już dosyć spokojna. Słowa jéj, jak poprzednio, dowodzą dziecinnego jéj usposobienia, tęsknoty, bojaźni, dziwacznych pomysłów i uczuć właściwych macinnictwu, oraz i znacznéj słabości rozumu. Chora płacze, składa ręce do modlitwy, modli się często; robi sobie dużo wyrzutów; nie wié już, co ma powiedzieć; płacze gorzko, chce umrzeć; często odpowiada, że już nie żyje na tym świecie; nie wié z pewnością, czy może umarła, czy też żyje; nie pamięta jak długo jest chorą; „ja już wszystkiego zapomniałam; o tym wszystkiém nie mogę myśleć, nie mogę się nad têm zastanowić.“

8/2. Też same skargi. Chora płacze; zdaje jéj się, że umarła. Nadczułość coraz większa, teraz przeważnie w górnéj części tułowiu; nie wolno się jéj dotykać; zdaje jéj się, że pierś jéj pali się w ogniu. Od czasu do czasu występuje skurcz mięśni prostych wewnętrznych gałki. Źrenica lewego oka cokolwiek szersza i mniéj oddziaływa na światło. Wzrok żadnéj nie okazuje dotąd zmiany, choć za pomocą wziernika skonstatować można, że obrzmienie tarczy n. wzrokowego stopniowo się zmniejsza, a naczynia siatkówki już nie są tak nastrzyknięte.

9/2. Chora ledwie poznaje ruchy ręki w odległości 1 m. przed oczami.

Odtąd coraz staje się spokojniejszą; leży wciąż w łóżku; zawrót głowy, nadczułość stopniowo się zmniejszają; ból głowy już nie jest tak gwałtowny i powraca tylko w pewnych odstępach; częściej ogranicza się do tyłogłowia. Od czasu do czasu widzimy ruchy znów nienaturalne, o których już wspominaliśmy, jako to: obracanie się chorej około osi prostopadłéj swego ciała, albo zaś boczne jednostronne ruchy przymusowe *(mouvement de manège)* zależące od cierpienia odnóg mózgowia *(crura cerebelli, processus cerebelli ad pontem)*. Głowę trzymała, choć nie zawsze, zgiętą i obróconą na dół, na prawo i naprzód. Nie tylko uścisk prawéj ręki jest słabszym, ale i noga prawa, tak że można przypuścić niedowład połowiczy; ruchy były przytém nieco słabsze i bardzo niepewne, co polega na zboczeniu w t. zw. koordynacyi ruchów, zależnéj od czynności mózgowia; zboczenia te koordynacyjne miały również wpływ i na mowę, która stała się niejasną, nie wyraźną. Słuch żadnéj zmiany nie okazywał; powonienie było nieco zmienione, tępe. — Usposobienie często się zmieniało; prawda że chora stała się spokojniejszą, nawet bardzo obojętną; niekiedy jednak widać histeryczne napady śmiechu, niczém nie uzasadnione; wkrótce potém znowu zmiana humoru: chora płacze, zdaje się jéj, że ludzie ją prześladują, chcą jéj zaszkodzić: „mnie tu chcą zamknąć na zawsze; chcą mnie gdzieś odwieść;" przytem broni się i zrywa z rąk, skoro kto jéj się dotyka. „Nie rozumiem, po co tu jestem; nie wiem, czym zwaryjowała."

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Do kazuistyki ciężkich okaleczeń.

Poderznięcie gardła, zeszycie, zupełne wyzdrowienie.

Podał Dr. **Zygmunt Dzikowski** z Kałusza.

Wychodząc z zasady, którą wyczerpująco określił prof. Dr. Korczyński na wstępie swoich spostrzeżeń kazuistycznych (Przegl. Lek. Nr. 1, 1878), mianowicie, że kazuistyka lekarska jeszcze długo mieć będzie swoją wartość tak dla saméj nauki, jakotéż dla ogółu lekarzy praktycznych, skoro tylko jest prawdziwą, rzetelną i czysto przedmiotową, pozwalam sobie niniejszy przypadek podać do wiadomości kolegów, tém bardziéj, że nader pomyślny przebieg sprawy na to zasługuje.

Jak się rzecz miała, starać się będę opowiedzieć o ile zdołam najkrócéj pomijając okoliczności uboczne ściśle do rzeczy nienależące.

Otóż w dniu 4go kwietnia 1877 r. około wieczora przybył do mnie wójt z Podmichala wioski niespełna 10 kilometrów od Kałusza odległéj z prośbą, abym pojechał do pewnego gospodarza, który w napadzie szaleństwa poderznął sobie gardło, przyczém sposobem właściwym naszemu chłopkowi z niesłychaną przesadą opisywał rozmiary rany, narzędzia itp. okoliczności. Jakkolwiek mocno zainteresowany tym przypadkiem, mimo najszczerszych chęci i usiłowań niemogłem natychmiast pospieszyć z pomocą, zapadły bowiem wieczór uczynił przebycie wezbranéj rzeki Łomnicy niemożliwém.

Dnia następnego zatém, tj. 5 kwietnia przybyłem rano na miejsce, gdzie dowiedziałem się, że samobójca, z zawodu bednarz, nazwiskiem Filip Kościów, jest pijakiem nałogowym, że tenże już kilka razy miewał napady szaleństwa i dopuszczał się wtedy rozmaitych gwałtów, i wczoraj właśnie około godz. 3 popołudniu siedząc przed chatą i strużąc klepki (deszczułki) na konewkę dostał takiego napadu, przyczém porwał się z ławy, dobył nożyka wiszącego u pasa i zamierzał poderznąć sobie gardło, nożyk jednak zawiódł go w wykonaniu zamiaru. Kościów odrzuca więc nożyk chwyta za ośnik (nóż bednarski z dwoma pod kątem zagiętemi trzonkami), uderzeniem o ławę odbija jeden trzonek tegoż a pociągnąwszy nożem po gardle podrzyna się jak to mówią „od ucha do ucha," poczém bełkocząc i silnie krwawiąc wpadł do chaty, wskoczył na piec i tamże pozostał. To wszystko stało się w mgnieniu oka a świadkami tego była żona Iawdocha, siedząca przy oknie w chałupie i chłopiec 12-letni bawiący się na przyzbie; oboje okropnością i nagłością tego czynu przerażeni uciekli z chałupy w sąsiedztwo, sprowadzając z powrotem ze sobą ludzi. Taką była treść moich wywiadów; przedmiotowo znalazłem że w niskiéj dymnéj izdebce leży na tapczanie mężczyzna około 45 lat liczący, wzrostu słusznego, budowy silnéj, licho odżywiony, z wyrazem twarzy zdradzającym cierpienie, zresztą nic, coby dozwalało przypuszczać jakieś zboczenie umysłowe, twarz blada, szyja owinięta szmatami; ciepłota skóry prawidłowa, tętno 80, dosyć pełne. Badanie organów piersiowych i brzusznych nie wykazało nic chorobowego. Badany odpowiada na zadane sobie pytania giestami świadczącemi o zupełnéj przytomności umysłu tudzież o skrusze za czyn na sobie dokonany. Usiłowania mówienia są zupełnie bezskuteczne, gdyż prócz charczących stłumiono-nosowych dźwięków, nic więcéj do mowy podobnego wydobyć nie jest w stanie.

Ułożywszy rannego na stole w blizkości okien i podłożywszy mu pod kark kawał kloca owiniętego płachtą, przystąpiłem do odjęcia szmaty ze szyi, poczém przedstawił mi się następujący widok:

Na szyi w wysokości mniéj więcéj kości gnykowéj albo raczéj w samym rowku podbródkowo-szyjowym olbrzymia rana okalająca w kształcie półksiężyca całą przodkową część szyi. Począwszy bowiem od strony prawéj na 3 cm. tuż poniżéj kąta szczęki dolnéj ciągnęła się takowa nieco ukośnie, jak już wspomniałem w półkolu przez szyję na 1 cm. przed lewy kąt dolnéj szczęki wynosząc na długość 11 ctm. Brzegi rany ostre o jednym zębie kształtu mniéj więcéj rozciągniętéj litery Z. Brzeg rany górny z dolnym stanowiły rodzaj szeroko gdyż blizko na 5 cm. rozwartych warg, po za któremi widać było w linii środkowéj głęboką jamę, mającą za dno swoje tylną ścianę jamy polykokrtaniowéj, czyli przodkową ścianę trzonów 3 i 4go kręgu szyjnego. Ściany zaś górna i dolna téj czeluści (rany w głąb idącéj) były poprzecznym częściowym przekrojem szyi w témże miejscu tj. przekrojem otrzymanym przez cięcie prostopadłe do długości szyi, idące przez środek więzadła tarczo-gnykowego. Tym więc sposobem prócz skóry mięśnia podskórnego szyi, powięzi szyjnych i głębokich mięśni téj okolicy itd. całkowicie przecięty został wiąz tarczognykowy, względnie nagłośnia na dwie połówki; połówka górna nagłośni w ten sposób niejako amputowanéj, zbliżyła się wraz z kością gnykową do języka tj. umknęła pociągnięta mięśniami ku górze, połówka zaś dolna tém samém prawem wraz z krtanią pozbawioną równowagi a ciągniętą teraz ku dołowi, głównie mięśniami mostkowo-tarczykowemi, znacznie oddaliła się od pierwszéj. Rzecz prosta, że wargi rany szeroko się rozlazły.

Takie więc były stosunki anatomiczne tego zranienia. Zanim przystąpiłem do jakiegoś rękoczynu musiałem przede-

wszystkiém oczyścić pole operacyjne; rana bowiem cała zalepiona była skrzepłą krwią, i zapchana palonemi szmatami i pajęczyną. Otóż małym kawałkiem gąbki zmaczanym w letniéj wodzie począłem ranę oczyszczać, co jednak nie było tak łatwém. Każdorazowe bowiem dotknięcie rany tj. w głębi czy to u góry lub téż u dołu wzniecało u chorego silny kurczowy kaszel i krztuszenie a jama rany wypełniała się obficie mocno spienioną śliną, przyczém tu i owdzie drobniejsze naczyńka poczęły krwawić. Jakkolwiek ta operacyja sama przez się nie przedstawiała żadnych nadzwyczajnych trudności technicznych, jednakże położenie moje (niemając nikogo do pomocy prócz odważnego urlopnika i kilku tłoczących się z ciekawości świadków) nie było wśród tych okoliczności do pozazdroszczenia.

Z wielką biedą ranę oczyściłem, i w górnym jéj brzegu podwiązałem 3 krwawiące tętniczki, które pomimo swéj małości bardzo mnie i choremu dokuczyły, zalewająca bowiem ranę krew dostała się łatwo do krtani, co wzbudzało gwałtowny kaszel, powiększało tém samém krwotok i utrudniało podwiązanie tętniczek trudno w górnéj powierzchni rany dostępnych. Wreszcie zabezpieczywszy się przed krwotokiem przystąpiłem do dalszego rękoczynu. Oto ostrym haczykiem ściągnąłem górną połówkę nagłośni ku dołowi a oddawszy ten haczyk wraz z przedmiotem uczepionym do trzymania memu zaimprowizowanemu asystentowi zespoiłem obie połówki nagłośni szwem węzełkowym z drutu srebrnego, nakładając 4 węzełki, których końce krótko nożyczkami odciąłem. Przy téj czynności pacyjent nadzwyczajnie się krztusił i kaszlał, zresztą zachowywał się bardzo spokojnie. Zespojenie części miękkich, do czego użyłem nici jedwabnych, w formie szwu węzełkowego nie przedstawiało żadnych trudności. Przy prawym kącie rany umocowałem 2, przy lewym 1 nitkę od przewiązek tętnicowych. To wszystko wreszcie pokryłem plastrami przylepca, osłoniłem z przodu grubą warstwą waty i owiązałem kompresem płóciennym na wzór szerokiego krawata. Skoro komunikacyję jamy ust z krtanią przeprowadzono, rzecz prosta, pacyjent wyraźnie jakkolwiek chrypliwie odpowiadał na wszelkie pytania.

Po operacyi powstał pacyjent sam o własnych siłach ze stołu i poszedł do łóżka, podane sobie mléko wypił leżąc, krztusząc się po trosze. Odjeżdżając zaleciłem choremu bezwzględny spokój, wstrzymanie się od pokarmów twardszych, dozwalając do picia tylko zimne mléko; co do rokowania quo ad vitam uczyniłem prognozę więcéj niż wątpliwą, sądziłem bowiem, że w dalszym toku gojenia się rany nagłośni proces zapalny rozszerzyć się może na szparę głosową a raczéj na więzadła głosowe, przyczém ostry obrzęk głośni położyć musi koniec życiu i gojeniu, z drugiéj znowu strony przypuszczając, że obrzmiała i do pewnego stopnia skrócona nakrywka krtaniowa nie potrafi należycie strzedz krtani a w dalszym ciągu i dróg oddechowych przed dostaniem się tamże czy to wypocin z rany, czyli téż nawet płynów pokarmowych, śliny itp., a przez to u człowieka już nie młodego, wynędzniałego, w dodatku u nałogowego pijaka wywołać może jakąś śmiertelną sprawę w płucach *(Schluckpneumonie)*, na którą nie rzadko zapadają chorzy na umyśle połykając a raczéj wdychając resztki pokarmowe, które rozkładają się w drogach oddechowych i wywołują posokowate zapalenie oskrzeli i płuc (*J. Orth. Anat. patholog. Diagnostik.* Berlin 1876, str. 137).

Odjeżdżając zostawiłem mego operowanego bardziéj na opiece losu, niżeli na opiece jego przynależnych, nasi bowiem wieśniacy ani to pojmują ani téż najmniejszego wyobrażenia nie mają o pielęgnowaniu chorych.

W 4 dni po operacyi, a więc 9 kwietnia, przyjeżdża po mnie znowu tenże sam wójt z prośbą od operowanego, abym go koniecznie odwiedził, gdyż mu skutkiem uporczywego kaszlu trochę rozszedł się szew zewnętrzny, lecz zresztą pacyjent ma się dobrze. Pojechawszy natychmiast rzeczywiście skonstatowałem, że pacyjent ma się dobrze, jednakowoż brzegi rany po stronie lewéj wcale się nie skleiły a 4 szwy tamże rozsunęły się tak, iż je natychmiast odjąć musiałem. Otwarcie przyznać się muszę, iż wina bardziéj ciążyła na mojéj osobie niżeli na operowanym, któremu rzeczywiście kaszel dokuczał. Przy pierwszéj bowiem operacyi licząc na to, że to rana świeża, niedokładnie odświeżyłem brzegi rany i ztąd téż nie miłe następstwo. Odjąwszy zatém 4 szwy wymienione miałem sposobność z największą łatwością oglądać, jak się zachowuje rana głębsza tj. nagłośni, i z prawdziwą uciechą dostrzegłem, iż takowa jest należycie sklejoną świeżą plastyczną wypociną a szwy trzymają wybornie. Odświeżywszy zatém należycie brzegi rany skórnéj po stronie lewéj spoiłem je napowrót szwem węzełkowym i wzmocniłem plastrami, opatrując zresztą jak poprzednio.

Chory miał dokuczliwy kaszel, zapisałem mu po 0·01 *morph. hydrochl.* 2 razy dziennie co miał wypijać z mlékiem; co zaś do picia to namienić muszę, iż chory pijąc w pozycyi siedzącéj łatwo się krztusił, zatém pijał leżąc z głową nieco ku dołowi pochyloną. Gorączki w chwili méj bytności nie ma, o ile zaś dowiedziałem się od żony chorego, jeżeli na tém polegać można, miał gorączkę w 2ch pierwszych dniach po operacyi, gdyż mu pragnienie dokuczało. Nitki przewiązek tętniczych trzymały się jeszcze dosyć mocno, więc pozostawiłem je nadal.

Odtąd aż prawie do drugiéj połowy maja nie miałem sposobności widzieć chorego, ani téż nic u więcéj o nim nie słyszałem; dopiero około 18go maja na moją usilną prośbę przywieziono go do mnie. Lecz jakież było moje zdziwienie, gdy ujrzałem tego człowieka zupełnie zdrowym i nie źle wyglądającym, a zarazem z ust jego dowiedziałem się, iż wkrótce po moich ostatnich odwiedzinach sam sobie powyciągał nitki od przewiązek, a następnie również sam pozdejmywał nici ze szwu węzełkowego; od tego czasu, opowiada, minęło już że 4 tygodnie, on czuje się zupełnie dobrze, tylko że mu przez małą dziurkę w środu rany się utrzymującą ślina i płyny wylatują, skoro takowéj palcem nie przytka. Obejrzawszy zatém dokładnie dawniejszą ranę znalazłem, że w miejsce 11 cm. długiéj rany widać teraz niekształtną najwyżéj 7 cm. długą esowatą bliznę sino-czerwoną a w środku téjże mniéj więcéj w miejscu odpowiadającém środkowi rany nagłośniowéj znajduje się przetoka, że ją tak nazwę szyjowo krtaniowa, w postaci kanalika a raczéj dziurki wielkości siemienia lnianego o powierzchni obwodu ją tworzącego gładkiéj, bliznowatéj, barwy sinawo-różowéj; przy kaszlu wydobywa się z opisanego otworu śluz z ropą zmięszany. Badanie zgłębnikiem metalowym łukowato zakrzywionym przekonało mnie, iż mam rzeczywiście do czynienia z przetoką traumatyczną szyi. Wprowadzony zgłębnik w kierunku szpary głosowéj wzniecał kurcz głośni a następnie kilka minut trwający kaszel; wprowadzenie zgłębnika ku górze było daleko trudniejszém.

Niezupełne zrośnięcie w tém miejscu tak brzegów nagłośni jakotéż rany skórnéj było widoczném, czyją to jednakowoż było winą, to inne pytanie; ja sądziłbym, czyli téż

przedwczesne, nieumiejętne i prawdopodobnie szorstkie wyjmowanie szwów paznogciami nie było tego powodem?

Co się tyczy szwu drutowego w ranie samej nagłośni to tyle jest rzeczą pewną, że chory nic o nim nie wie, ja zaś wiem, że one tj. druciki zostały w ranie i nie mogły być żadną miarą z takowéj wydalone, z drugiéj zaś strony jest rzeczą widoczną, że te srebrne druciki gojeniu się rany niestanęły na przeszkodzie. Co zresztą nie jest rzeczą nową, a doświadczenia Nussbauma w przedmiocie wgojenia ciał obcych jak: szkiełka, srebrne i złote guziki, kawałki rogu itp. w ciało ludzkie przedstawiają bardzo wiele ciekawych i pouczających szczegółów.

Ale wracam do mego przypadku; skonstatowawszy przetokę nie pozostawało nic innego, jak tylko takową natychmiast operować; wyciąłem zatém wązkim kończastym nożykiem rodzaj pierścionka w obwodzie otworu, poczém przebiwszy takowy szpilką karlsbadzką w kierunku poprzecznym oplątałem ją zwykłym sposobem bawełnianą nicią i tym sposobem z okrągłéj dziurki zrobiła się podłużna szpara, któréj odświeżone brzegi zetknęły się. Inaczéj postąpić nie było można, gdyż blizna skórna przyrosła w tém miejscu do głębszych warstw względnie do nakrywki głosowéj stała się twardą niepodatną, tak iż ją żadną miarą w fałd ująć niepodobném było.

Obwiązawszy operowanemu szyję zwykłą chustką polecilem mu, aby za 4 lub 5 dni do mnie przybył.

Oczekiwałem w oznaczonym czasie jego przybycia, jednakowoż chory nie przyszedł, widziałem go dopiero w jesieni w miesiącu październiku; w miejscu przetoki widać tylko mały guzik tegoż samego wejrzenia co cała blizna, która wciągnęła się ad minimum. Mój operowany i tym razem sam sobie wyjął szpilkę a oprócz grubego kawałka płótna i listka z babki nic na rankę nie przykładał. Całe lato pracował w polu przy żniwach, czuje się zupełnie zdrowym, je dobrze, lecz nie pije gorzałki, gdyż takowéj uroczyście się wyrzekł. Mowa jego jest zupełnie wyraźną, głos jednakże nieco chrypliwy. Otóż więc wygojenie nastąpiło zupełne, pomimo że chory ani tak troskliwéj opieki, ani też szczególnych zabiegów lekarskich nie używał, i owszem rzekłbym, że on nie będąc jeszcze zupełnie zdrowym zajmował się zbyt ciężką pracą jak zwykle nasi biedni wieśniacy, nie mając przy tém ani potrzebnych wygód ani nawet dostatecznego pożywienia; tu wśród tak zahartowanego ludu cudów dokazuje vis medicatrix naturae bez oprawy Listra, Thierscha lub nawet jakiejkolwiekbądź innéj elementarnéj. [1])

Opowiedziawszy dosyć szczegółowo ten przypadek pozwoliłbym sobie niektórych uwag ze stanowiska chirurgicznego, odnoszących się do przypadku powyższego, jako też uwag ogólnych co do okaleczeń szyi.

Kazuistyka chirurgiczna tak z czasów najdawniejszych jako też i teraźniejszych zaznacza przypadki, gdzie mimo rozległych skaleczeń szyi, żadne z większych naczyń nieuszkodzono; do rzędu takich śmiało policzyć można powyższy, gdyż szczęśliwym trafem przy tak wielkiéj ranie nie tylko żadne z większych naczyń nie zostało trafione, ale co lepsza, że krwotok z naczyń mniejszych nie musiał być zbyt groźny, skoro spalone szmaty i pajęczyna do tyla go utamować zdołały, iż chory przez 18 godzin aż do przybycia lekarza i podwiązania naczyń nie skrwawił się [1]; są bowiem przypadki przy okaleczeniach tego rodzaju otwierających kanał dróg oddechowych, iż nawet stosunkowo nie wielki krwotok wystarcza do zabicia człowieka, a to w części przez utratę krwi, w części przez zapełnienie tchawicy i oskrzeli krwią a więc po prostu przez uduszenie.

Ze względu na miejsca szyi, które bywają skaleczone przy zamachach samobójczych, to rzeczywiście zdarzają się najczęściéj skaleczenia w okolicy więzadła tarczo-gnykowego i tak według liczb statystycznych podanych przez Alberta stosunek jest następujący: Na 158 takich skaleczeń przypada 11cie nad kością gnykową, 44 n a b ł o n ę tarczo-gnykową, 35 na chrząstkę tarczykową, 26 na więzadła obłe *(ligam. crico-thyreoid.)* i chrząstkę pierścieniową, a 41 razy na tchawicę. W końcu namienić mi wypada, że przypadek mój powiększa szereg tych przypadków, w których wygojenie nastąpiło bez poprzedniéj tracheotomii, którą przeważna liczba znakomitych chirurgów (Langenbeck, König, Fischer itd.) uważa za niezbędnie potrzebną; nadto w moim przypadku założyłem szwy, jak się pokazało, bez wszelkiego ztąd wyniklego niebezpieczeństwa, podczas gdy w każdym prawie podręczniku znachodzę przestrogę, aby w razie skaleczeń nagłośni lub tchawicy rany nie zeszywać, z obawy przed odymką podskórną.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Laskowski: **Procédé de conservation des cadavres et des préparations anatomiques. Genève 1878.**

W odczycie tym mianym na Zjezdzie międzynarodowym w Genewie r. 1877 prof. L. opisał szczegółowo sposoby użycia gliceryny karbolowéj w technice anatomicznéj. Do metody swéj opartéj na odjęciu tkaninom wody za pomocą gliceryny oraz zniszczeniu zarodników gnilnych kwasem karbolowym prof. L. doszedł na podstawie licznych doświadczeń wykonanych wspólnie z Drem Brissaudem jeszcze w r. 1864, a w następnych latach nabył przekonania o jéj skuteczności. W celu zabezpieczenia zwłok od zgnilizny na czas preparacyi anatomicznéj prof. L. wstrzykuje do tętnic (bądź przez aortę bądź też przez tętnicę szyjną) około 5 litrów 10% roztworu kw. karbolowego krysztalicznego w glicerynie 28°. Tkaniny przesiąknięte tym płynem zachowują wygląd i utkanie prawidłowe przez długi czas tak, że uczniowie mogą w pracowni anatomicznéj części oddane sobie dla preparacyi i nauki jak najzupełniéj wyzyskać. Przy tém nie tylko nie są narażeni na fizyczne nieprzyjemności, które sprawiają gnijące pod ręką przedmioty i atmosfera przepełniona wyziewami cuchnącemi, lecz, co nierównie więcéj cenić należy, nie doznają rozczarowania tak częstego przy pracy anatomicznéj, które sprawia widok preparatu w ciągu kilku dni przez zgniliznę do niepoznania zmienionego, a nie raz z mozolnym trudem sporządzonego, rozczarowania, które już nie jednego zniechęciło do preparacyi anatomicznéj.

---

[1]) Dziś upłynęło już 11 miesięcy od czasu jego okaleczenia, pacyjent jest zupełnie zdrów, i przyrzekł mi, iż się pozwoli zawieźć do Stryja. Chcę go przedstawić na najbliższém posiedzeniu sekcyi stryjskiéj.

[1]) Dr. Krzykowski w Sanoku w swém sprawozdaniu ze szpitala sanockiego podaje na 447 str. Przegl. Lek. z r. 1877 zupełnie podobny przypadek do mego, który jednak zakończył się śmiercią w pół godziny po wykonaniu tracheotomii (dla ostrego obrzęku płuc.)

Dla trwałego przechowania wyrobów anatomicznych (bez względu czy już przedtém były nastrzykane gliceryną karbolową lub też nie) prof. L. wytrawia takowe dokładnie z krwi obmyte przez 5 do 10 dni w 5% rozczynie kw. karbolowego w glicerynie. Preparaty twardnieją i kurczą się w skutek odwodniającego działania gliceryny, jednak po wyjęciu z niéj wciągają wilgoć z powietrza i odzyskują naturalną objętość, miękkość i podatność, a nie podlegają już wcale ani gniciu ani zniszczeniu przez grzyby itp. niższe organizmy. Preparaty prof. L. w ten sposób przechowane znane są powszechnie z wystawy paryzkiéj r. 1867 i z wystawy naukowéj krakowskiéj r. 1869. W zbiorze anatomicznym wszechnicy Jagiellońskiéj przechowane są dwa takie preparaty, które prof. L. temu zakładowi w darze ofiarował. Przez wynalezienie i rozpowszechnienie swoich metod prof. L. zasłużył się znakomicie nie tylko dla techniki anatomicznéj ale także dla nauki anatomii, ułatwiając i uprzyjemniając uczniom mozolną preparacyję, a co więcéj przysparzając im ztąd większe korzyści.

Sprawozdawca będąc demonstratorem anatomii w Wiedniu miał sposobność sam doświadczyć korzyści gliceryny i kw. karbolowego w technice anatomicznéj. W latach 1873 i 1874 zakład anatomiczny w Józefinum zostający pod kierownictwem prof. Langera w skutek nadzwyczajnego napływu uczniów cierpiał brak materyjału, który skłonił prof. Langera do zaprowadzenia wstrzykiwań gliceryną karbolową. Płyn, któregośmy tam używali, był cokolwiek odmiennego składu niż polecony przez prof. Laskowskiego: mięszaliśmy 5 części gliceryny z 2 cz. rozczynu kw. karbolowego krystalicznego w równéj lub podwójnéj ilości wyskoku. Dwa lub trzy litry tego płynu wstrzyknięte zwłokom dorosłym wystarczały do uchronienia ich od zgnilizny na 3 lub 4 tygodnie. Prócz preparacyi zwilżano przedmioty tymże płynem, aby zapobiedz ich wysychaniu, a staranniéj odrobione części przechowywaliśmy miesiącami w skrzyni, na któréj dnie było cokolwiek gliceryny karbolowéj.

Muszę tu wspomnieć o płynie konserwacyjnym, wypróbowanym w latach 1872 i 1873 przez Dra Jurie'go pod przewodnictwem prof. Langera, który zawiera na 28 części gliceryny 4 części cukru zwyczajnego i 2 części saletry. Użycie i skuteczność jego są zupełnie takiemi, jak gliceryny karbolowéj prof. Laskowskiego. Preparaty tym płynem napojone (mięśnie pęcherza i przekroje miednicy) można było widzieć na wystawie wiedeńskiéj 1873 r. Z tego już wynika, że głównym czynnikiem w tych sposobach konserwacyi jest działanie gliceryny. Kwas karbolowy i t. p. przymieszki służą jedynie do powstrzymania zgnilizny już rozpoczętéj.

To też prof. Teichmann znając tę własność antiseptyczną gliceryny od lat dziesiątek, przechowuje preparaty napojone czystą gliceryną na wolném powietrzu, a sposób ten zastosował nie tylko do części zwierzęcych bardzo skłonnych do gnicia, jak np. mózgu, wątroby itp., lecz także całe zwierzęta (płazy, mięczaki, owady itp.) udało mu się trwale przechować. Wprawdzie sama gliceryna w tym względzie zupełnie wystarcza, jednak całkiem świeże i soczyste tkaniny włożone wprost do gliceryny bardzo znacznie się kurczą przez gwałtowne wyciąganie wody. Dlatego stósowniéj jest wyroby anatomiczne i zwierzęta wprzód stwardniałe w wyskoku wytrawiać w glicerynie. Gdy bowiem przesiąkną należycie gliceryną, wtedy na powietrzu otrzymają napowrót naturalną gibkość.

Jakkolwiek sposoby przechowywania preparatów napojonych gliceryną na wolném powietrzu są bardzo wygodne, nie mogę jednak pominąć téj okoliczności, że mięśnie przecież znacznie zmieniają wygląd, a jeszcze znaczniéj tkanki włókniste (ścięgna, więzadła), które stają się przejrzystemi i żółtawemi. Dlatego metoda ta odpowiada wprawdzie w zupełności tam, gdzie chodzi o zachowanie preparatów grubszych np. mięśni, odnóg, jednakowoż nie nadaje się do delikatniejszych wyrobów anatomicznych, w których zależy na rozróżnianiu pojedyńczych wiązek mięsnych np. mięśni twarzy, gardła, międzykrocza itp. Tu naturalna barwa mięśni i ścięgien wiele znaczy, a z jéj utratą preparat traci całą swą wartość.

Przyznać trzeba, że technika anatomiczna nie posiada sposobu przechowywania mięśni tak, aby zatrzymały całkiem wygląd naturalny; w wyskoku bledną i prawie bieleją.

Próbowałem więc już dawno przechowywać takie preparaty w wodzie zawierającéj około 5% kw. karbolowego i to z dosyć pomyślnym skutkiem. Mięśnie z początku bledną, w miarę jak barwik krwi z nich bywa wyciągniętym; późniéj jednak po kilku tygodniach przybierają znowu barwę różowawą, która stopniowo ciemniejąc nabiera odcienia cisawego, podczas gdy tkanka łączna pozostaje białą a ścięgna zatrzymują połysk srebrzysty. Takie preparaty po roku i dłużéj nie okazywały wcale śladu maceracyi. Woda karbolowa nadaje się nie mniéj do przechowywania przedmiotów w czasie preparacyi w ciepléjszéj porze, które następnie mają być zasuszone.

Nakoniec wspomnieć muszę o własnościach przeciwgnilnych wodnika chloralowego, który w 2% do 5% rozczynie wodnym w ten sam sposób służy do przechowywania preparatów, jak woda karbolowa i już od kilku lat używanym jest w tym celu przez prof. Teichmanna. *Dr. Henryk Kadyi.*

Prof. A. Weil (w Heidelbergu): **Obecne stanowisko nauki o dziedziczeniu kiły.** Sprawozdanie Dra F. Obtułowicza.

W rozdziale syfilodologii, traktującym o przekazywaniu kiły potomstwu w dziedzictwie, panował do ostatnich czasów taki chaos zdań najsprzeczniejszych, taka gmatwanina pojęć i teoretycznych przypuszczeń, że potrzeba ujęcia nauki pod tym względem w ścisłe, umiejętne ramy gwałtownie czuć się dawała, a z drugiéj strony tylko umiejętne i krytyczne wyzyskanie materyjału klinicznego, podczas długiego szeregu lat, mogło zaprowadzić ład w zapatrywaniach na sprawę dziedziczenia kiły i pomódz do stworzenia teoryi tłumaczącéj w sposób łatwy niewymuszony momenta ajtyjologiczne roztrząsanéj sprawy chorobowéj. Nie mogły tu mieć żadnéj wartości powoływania się na powagi naukowe i znakomitości na polu syfilodologii, trzeba było własną pracą zdobywać sobie odłogiem leżące pole do badań i na podstawie umiejętnéj krytyki i długoletnich obserwacyj wysnuć cały szereg wniosków stanowiących podwalinę nauki o dziedziczeniu kiły. Zespolenie materyjału naukowego z dziedziny syfilidologii, pedyjatryi i ginekologii okazało się koniecznem, aby bez uprzedzeń, jakim zazwyczaj podlegają specyjaliści, można obrobić dział powyższy tyczący się wszystkich tych trzech nader ważnych gałęzi nauki lekarskiéj.

Zadaniu temu sprostał chlubnie Kassowitz, który przed dwoma laty napisał monografiję o dziedziczeniu kiły z wielką jasnością i krytycznym poglądem na całą tę tak ważną sprawę chorobową. (Obszerne sprawozdanie zamieścił referent

w październikowych zeszytach *Medycyny* z r. 1876). Wprawdzie badania pod tym względem nie należy uważać za ukończone i wnioskom Kassowitza dałoby się nie jedno jeszcze zarzucić, ale obecnie należy już przyznać, że pierwsze lody przełamano, i że zwolna rozwijać się będzie ta nauka nie zostając w tyle za postępami embryjologii i badań nad własnościami przyrzutu kilowego. Weil i Caspary występują tylko przeciw niektórym wnioskom Kassowitza zbyt stanowczo i dorażnie, jak na dzisiejsze stanowisko nauki, wypowiedzianym, oddając zresztą pochwały należne badaniom krytycznym młodego autora i umiejętnemu wyzyskaniu materyjału klinicznego przezeń zebranego.

Według badań tych autorów nauka o dziedziczeniu kiły jest następującą:

1) Kobieta zdrowa może urodzić dziecko, kiłą dotknięte; dziecko zawdzięcza naówczas smutne to dziedzictwo ojcu swemu zarażonemu pierwiastkiem kilowym.

2) Dotychczasowe badania nie udowodniły, jeszcze stanowczo, że płód zawdzięczający kiłę ojca może na drodze krążenia łożyskowego zarazić matkę *(Retroinfectio, Choc en retour)*, chociaż to ze stanowiska teoretycznego wydawać się może bardzo prawdopodobném (Caspary).

3) Również stanowczo nie udowodniono, że płód w zawiązku swym zupełnie zdrowy może w łonie matki zostać zarażonym przez pierwiastek kilowy, który podczas ciąży dostał się do ustroju matki.

4) Własność dziedziczenia kiły poczyna się od pierwszego wybuchu kiły ogólnéj i trwa w razie nieleczenia przez długi szereg lat dopóki zwolna nie wygaśnie.

Smutny ten przymiot nie zawisł od zewnętrznych objawów kiły na skórze lub błonach śluzowych, kiła owszem dostaje się potomstwu w dziedzictwie nawet w t. zw. okresie utajenia *(Latenzstadium der Syphilis)* i stanowi wówczas jedyny objaw zakażenia kilowego ustroju.

5) Dzieci urodzone w pierwszych latach po zarażeniu się rodziców, w razie nieleczenia kiły, przychodzą zazwyczaj na świat zawcześnie i niezdolne do dalszego życia a tylko niekiedy przedstawiają wybitne oznaki zakażenia kiłowego. Dopiero w późniejszym czasie rodzą się dzieci w odpowiedniéj porze ze zdolnością żywotną; dopiero od urodzenia się pierwszego dziecka z objawami kiły można zauważyć, że w miarę, jak czas dzielący poród dziecka od chwili zarażenia jest dłuższym, również i zakażenie kilowe u dziecka coraz później i pod postacią coraz to łagodniejszych objawów występuje. Czas tu zatém głównie rozstrzyga o losie dziecka i mocy zakażenia kiłowego.

6) W przeważnéj liczbie przypadków występują u dziecka kiłą dziedziczną dotkniętego objawy tego cierpienia w pierwszych trzech miesiącach życia; późniejsze wystąpienie objawów tj. w 4 lub 5 miesiącu (Caspary) należy już do rzadkich wyjątków; a przypadki wystąpienia pierwszych objawów kiły dopiero po latach *(Syphilis hereditaria tarda)* potrzebują dopiero naukowego uzasadnienia.

7) Leczenie wpływa nader korzystnie tak na trwanie zdolności przekazywania kiły w dziedzictwie, jako też na jéj przebieg u dzieci; u rodziców zatém tego rodzaju należy leczenie przeprowadzić z całą energiją i przezornością odpowiednią.

W końcu rozprawki nader zajmująco napisanéj porusza W. pytanie, czy należy matkom mieszczącym w swém łonie płód zakażony jadem kilowym zalecić kuracyję przeciwkilową, a więc przedewszystkiém wcieranie szaruchy i zostawia pytanie to nierozstrzygniętém, gdyż dotąd jak twierdzi, nieudowodniono niewątpliwie, że rtęć z ustroju matki dostaje się drogą krążenia łożyskowego do organizmu płodu. Pod tym względem nie mamy już żadnéj wątpliwości, gdyż badania kilkakrotnie przedsiębrane w pracowni prof. Dra. Stopczańskiego, w ostatnich czasach także przez sprawozdawcę wspólnie z p. Drdem Aleksandrowiczem, b. asystentem chemii lekarskiéj, przeprowadzone wykazały niewątpliwie rtęć w płodzie nieżywo urodzonym, którego matka z powodu kiły używała była wcierań szaruchy. I tą drogą zatém możnaby na płód przy leczeniu matki oddziaływać.

Dr. W. Kovatsch (w Lublanie): **O nérce wedrującéj.**

Zboczenie powyż wymienione rozpoznali od roku 1839 do 1841 pierwsi Rayer i Brochin, a w roku 1856 Oppolzer, nadając mu różne nazwy jako to: Zniżenie, nachylenie, opad, zwichnięcie, wyparcie i zdrożność nérki. Zboczenie znane nam pod nazwą nérki wędrującéj polega na tém, że (w rzadkich przypadkach) obie nérki albo zwykle prawa opuściła stałą swą siedzibę w skutek zaszłych zmian w okolicy lędźwiowéj na przedniéj okolicy mięśnia czworokątnego lędźwiowego, i stała się przesuwalną i ruchomą w jamie brzusznéj.

Gruber podaje, że uważał w przypadkach nérki wędrującéj wrodzonéj przedłużenie i zwicie naczyń krwionośnych i przewodów moczowych, również nieprawidłowy utwór otrzewnéj — Portal i Cruveilhier opisują, że nérka wędrująca wisi często w fałdzie otrzewnéj *(Mesonephron)*. Ponieważ nérkę wędrującą ponajwiększéj części na prawéj stronie tułowia spostrzegano, przeto wyśledzić ją można zwykle albo pod brzegiem albo w okolicy kości biodrowéj prawéj, i można ją łatwo z tego miejsca w okolicę lędźwiową przesunąć (Rollet).

Co się tyczy płci, to podaje ś. p. Dietl stosunek kobiet do mężczyzn w przybliżeniu jak 100: 1. Hare twierdzi, że w 32 przypadkach nérki wędrującéj 27 razy tylko nérka jedna była ruchomą, a mianowicie 21 razy prawa, 6 razy lewa, 8 razy obie nérki.

Co się tyczy wieku to podaje Rollet, że dotychczas nie wspomniono jeszcze o żadnym przypadku tego zboczenia przed 18tym, zwykle między 25tym i 45tym rokiem życia.

Co do zatrudnienia wspomina tenże, że w liczbie osób cierpiących na opisane zboczenie było 22 ubogich, którzy ciężką pracą rąk zarabiali na chléb powszedni, w jednym przypadku stwierdziła obdukcyja u mężczyzny zajmującego się pisarstwem raka nérki — kobiety po większéj części kilka razy poprzednio rodziły, a z tych 5 było zamożnych.

Dietl i Rollet podają jako przyczynę téj choroby niedokrewność, błednicę, wychudnięcie, charlactwo po zimnicy, dur, nieżyt żołądka i jelit, niestrawność i t. p.

Również przyczynić się może znaczne natężenie siły fizycznéj — wstrząśnienie ciała, gwałtowne uderzenie na okolicę nérkową, ciężka praca, skakanie, bieganie, dźwiganie ciężarów, jazda konna, znaczne parcie, przyjmowanie zbytecznéj ilości pokarmów, lub wreszcie silne opasanie sznurówką (Cruveilhier). Dlaczego przeważnie prawa nérka ulega temu zboczeniu dotychczas niewiadomo, może z tego powodu, że już w stanie prawidłowym wątroba ugniata prawą nérkę (?).

Rozpoznanie nérki wędrującéj polega na następujących przypadach:

Przypady podmiotowe. Chorzy mają uczucie, jakoby jakaś żyjąca istota znajdowała się w jamie brzusznéj, czują przesuwanie się obrzęku, użalają się na brak łaknienia, dolegliwości po jedzeniu i w czasie czyszczeń miesięcznych, na czkawkę, wymioty i przypadłości jakich się doznaje przy kurczu żołądka. Stolec zwykle zaparty.

Przypady przedmiotowe. Badając za pomocą palców stwierdzić można zwykle po prawéj stronie (rzadziéj po lewéj lub po obu stronach), ponajwiększéj części na przedniéj powierzchni wątroby lub téż nieco głębiéj w okolicy przed górnym przednim guzem kości biodrowéj, albo na prawo ku pępkowi, okrągławy obrzęk jajowaty, lub czasem wybitnie kształtu nérki, twardy i gładki z brzegiem często wypukłym i nieco wklęsłém zagłębieniem w miejscu wnęki nérkowéj.

Obrzęk ten porusza się przy ucisku i wymyka się z pod palca badającego, zmienia swe położenie według położenia ciała i znika często przy nachyleniu chorego na stronę prawą, przechodząc w okolicę lędźwiową. — Jeżeli lewa nérka jest ruchoma, tedy położenie ciała na stronie lewéj okaże wzmiankowane zmiany. Zwykle zboczenie opisane nie sprawia znacznych dolegliwości, często jednak chorzy cierpią na śledziennictwo, macinnictwo, niestrawność, częste odbijanie, wymioty, ociężałość, poczucie ciała obcego i boleści w brzuchu, które to dolegliwości przy wstawaniu z łóżka i ruchu znacznie się wzmagają, zwłaszcza przy ułożeniu ciała na bok lewy. Boleści wzmiankowane bywają często nader gwałtowne, zwłaszcza w okolicy żołądka, wątroby, dochodząc aż do pachwiny, u mężczyzn często do powrózka nasiennego, u kobiet do warg większych sromnych. Postrzegano przy tém cierpieniu nerwoból lędźwiowy, brzuszny, goleniowy i rwę kulszową, które to przypady ustępują po ustaleniu nérki za pomocą stósownéj opaski, a wzmagają się, gdy chory wykonywa zbytnie ruchy, jakoto przy tańcu, jeżdżeniu konno, bieganiu, dźwiganiu ciężarów, gimnastyce, ciężkich porodach, wysileniu się przy stolcu, również przez nawał krwi w czasie czyszczeń miesięcznych (Rayer).

Prócz wspomnionych dolegliwości użalają się chorzy często na nudności, wymioty, utrudzone moczenie, kolki itp. Nérka wędrująca uciskając żyłę główną sprowadza obrzęklinę odnóg dolnych, zarost żyły głównéj dolnéj i ściśnienie okrężnicy wstępującéj połączone z zaparciem stolca (Girard, Fritz, Oppolzer).

Gilewski (1865) wspomina, że nérka wędrująca uciska swój przewód moczowy i sprowadza przez to zaparcie stolca, puchlinę i kamicę nérkową.

Przypady. Ból znaczny i trwoga, nudności, wymioty, dreszcze, bolesny wzrost obrzęku, ruchomość tegóż w jamie brzusznéj. Mocz ciemny odchodzi zwolna, skąpo, po kilku dniach moczenie bolesne, obfite, znaczniejsze dreszcze. Mocz zawiera śluz i ropę.

Przytoczone przypady opisuje Gilewski pod nazwą uwięzgnienia nérki *(Einklemmungserscheinungen)*, jak to Dietl już dawniéj dobitnie określił.

Przypady te jednak nie cechują zboczenia całkiem dokładnie. Nérka uwięzgła może zropieć (Riolan). Rozpoznanie szczegółowe nérki wędrującéj polega jedynie na macaniu, gdyż obrzęki w jamie brzusznéj również okazują, jak już wspomniono, podobne przypady. — Macając nérkę wędrującą badający poczuwa obrzęk podłużny, zaokrąglony, kształtu nérki, przy lekkim ucisku dający się poruszać i przesuwać w okolicę lędźwiową.

Wypuk przytłumiony oznacza dobitnie miejsce gdzie nérka swą siedzibę opuściła.

Zboczenie opisane w ogóle nie jest niebezpieczne. — Rayer wspomina, że kobieta 51 lat licząca cierpiąca na nérkę wędrującą prawą zapadła na zapalenie otrzewny, zapalenie jelit przewłoczne a po 2 miesiącach zmarła w szpitalu.

Leczenie polega na tém, aby usunąć wszelkie szkodliwe wpływy, które sprowadzają skłonności do tego zboczenia lub rozwoju onego. — Przeto chorym wzbraniać należy: jazdy konnéj, tańców, ćwiczeń gimnastycznych i t. p.

Należy usunąć zaparcie stolca, i chorym nakazać, aby zachowywali się o ile możności spokojnie, zwłaszcza podczas czyszczeń miesięcznych.

W dalszym przebiegu należy: 1) doprowadzić nérkę do położenia prawidłowego, 2) utrzymać ją w tém położeniu.

Kovatsch cztéry razy gdy prawa nérka była ruchoma, ułożył chorego na bok prawy i uciskał zwolna nérkę i w ten sposób nérka przeszła do prawidłowego położenia. Późniéj zastósował opaskę, kładąc małą poduszeczkę lub kłębuszek *(pelotte)* z płótna i waty (8 do 10 cm. szerokości a 16 cm. długości) na przednim krańcu mięśnia czworokątnego pod prawym łukiem żebrowym. Poduszeczka ta sięgała aż do przedniéj górnéj części grzebienia kości biodrowéj. — Opaską mającą 10 łokci długości i 3 palce szerokości owięzuje się poduszeczkę kilka razy około brzucha. *(Memorabilien, 21).* *Dr. Karol Reiss.*

Prof. Maschka (w Pradze): **Niezwykłe zmiany w otruciu sinkiem potasu**

Zmianami temi niezwykłemi były: odłuszczenie błony śluzowéj jamy ustnéj, zaczerwienienie znaczne błony śluzowéj gardzieli, znaczne objawy zapalne połączone z nadżerkami w żołądku, a po części i w dwunastnicy. Pokazało się, że otrucie nastąpiło zgęszczonym rozczynem sinku potasu, który się był już rozłożył; przyczém bardzo wiele amonijaku się rozwinęło, na karb którego nadżarcie błon kłaść wypada. *(W. med. Wochensch.* 1878, Nr. 14). *L. B.*

Gubler: **Wstrzykiwania podskórne digitalinu.**

Gubler po licznych doświadczeniach doszedł do przekonania, że można bez groźnych jakich zaburzeń ogólnych lub miejscowych zastrzykiwać digitalin. Roztwór z $^{5}/_{100}$ digitalinu *(digitaline amorphe)* Homolla i Quevenna miesza z wodą i alkoholem w równych częściach. Gram tego roztworu zawiera 2 miligramy digitalinu. Wstrzykuje zaś połowę strzykawki Pravaza, to jest jeden miligram digitalinu i otrzymuje wszystkie skutki naparstnicy. *(Gaz. des Hôp.* Nr. 29. 1878.) *Dr. M. Ż.*

Alvarenga: **Leczenie róży salicylanem sodowym.**

Prof. Alvarenga (z Lizbony) cytuje 48 przypadków róży na głowie, twarzy i członkach wyleczonych tym środkiem. Utrzymuje on, że czas trwania róży leczonéj tym lekiem nie jest dłuższym nad 4 — 5 dni. Salicylan sodowy w rozczynie 1 — 8 z wodą destylowaną, jeżeli jest kwaśnym zneutralizowany sodą, używa się rano i wieczorem zewnętrznie, pędzlując miejsca zajęte różą i zostawiając je odkrytemi aż do wyschnięcia płynu. Po 4 — 5 dniach, gdy gorączka, obrzmienie

i czerwoność zniknęły, przestaje pędzlować i okrywa miejsca chore watą zmaczaną w olejku migdałowym. *(Gaz. des Hôp. Nr. 29. 1878.)* *Dr. M. Ż.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne VI z dnia 21go marca 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 24.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, że komisyja higijeniczna uchwaliła dla siebie regulamin czynności, zgodny z regulaminem komisyi balneologicznéj, i odczytuje go w całości. Po przemówieniu koll. Warschauera, Ściborowskiego i Domańskiego, przyjęto przedłożony regulamin bez zmian. Na członków téj komisyi postanowiono zaprosić z poza grona towarzystwa: prof. Dra Kuczyńskiego, zast. prof. Dra Rostafińskiego, Dra M. Zyblikiewicza, Dra Strzeleckiego i p. Eminowicza.

3) Kol. Skórczewski odczytał ostatnią część swojéj pracy o atonii żołądka i jelit. W dyskusyi zabierali głos koll. Lutostański, Kwaśnicki, Warschauer i prelegent.

Zdaniem kolegi Lutostańskiego prelegent traktuje wyczerpująco sprawę całą ze stanowiska nerwowego, przyczém wspomniał także o jednym ciekawym szczególe, o działaniu siarkanu sodowego na nerwy naczynioruchowe, objawiające się rozszerzeniem naczyń; należało jednak uwzględnić wszystkie odnośne doświadczenia i teoryje; dwa są mianowicie szeregi doświadczeń co do działania siarkanu sodowego; jeden ze stanowiska nerwowego, według którego działanie polega na przyspieszeniu robaczkowego ruchu jelit, drugi czysto fizyjologiczny polegający na prawie rozlewania się cieczy. Co do pierwszego, tj. działania siarkanu sodowego na nerwy naczynioruchowe, rzecz nie jest rozstrzygniętą. Seegen wspomina o rozszerzeniu naczyń, zdaje się jednakże ono pochodzić raczéj od ciepła, niżeli zależeć od samego siarkanu, wykazały bowiem doświadczenia Radziejewskiego, że naczynia kurczą się pod wpływem siarkanu sodowego. Z tych powodów nie godziłby się kol. L. z teoryją, ażeby karlsbadzka woda działała korzystnie w rzeczonych formach atonii żołądka. Kol. Skórczewski odpowiada, że w obec innego zupełnie założenia swéj pracy trudno mu było rozbierać kwestyję działania siarkanu sodowego. Kol. Kwaśnicki: prelegent wyłożył patogenezę jednéj formy cierpienia niedowładu jelit, polegającéj na skurczu naczyń włosowatych; trwały jednak przewlekły skurcz mięśni gładkich nie jest znany ani w fizyjologii, ani w patologii, zadowolić wszakże trzeba się twierdzeniem, że jest to według prelegenta rzecz nowa, chociaż wymagająca dowodów, ażeby jéj wierzono. W logicznym związku z teoryją zastosował prelegent także leczenie: nie można jednak zgodzić się na sposób tłumaczenia działania kąpieli borowinowych. Według prelegenta zdawałoby się, że kąpiele te mają znaczenie tylko mechaniczne, jako ciało ciężkie, uciskające; jeżeliby zatém w ten sposób leczyć można niedowłady jelit, łacniéj użyć by można taśmy Esmarcha, przyczém miałoby się władzę dozowania ucisku; teoryje prelegenta co do działania ciepła potrzebują także praktycznego wyjaśnienia. Wreszcie zwraca się kol. K. do prelegenta z zapytaniem o rozpoznanie ściślejsze pomiędzy tą formą atonii, która polega na skurczu naczyń włosowatych, a dawną formą nieżytową; rozchodzi się bowiem w praktycznym przypadku, czy pacyjenta wysłać do Krynicy lub do Karlsbadu. Kol. Skórczewski odpowiada, że na razie niepodobną jest rzeczą zadowalającą dać odpowiedź, o kwalifikacyi poszczególnego przypadku chorobowego mówić można, nie wyczerpnąwszy przedtém etijologii i patogienezy. Kol. Warschauer nie uważa rozprawy kol. S. jako monografii pewnéj poszczególnéj formy atonii przewodu pokarmowego, ale jako pracę więcéj teoretyczną. Do podanych rezultatów doszedł prelegent częścią przez badanie, częścią przez rozumowanie; praca ta ma większą doniosłość pod względem teoretycznym niż praktycznym, dlatego wszelkie zapytania co do praktycznego zastósowania téj lub owéj wody nie otrzymają zadowalających odpowiedzi, jest to bowiem kwestyja długiéj obserwacyi i głębokich studyjów. Kol. Lutostański powiada, że pytania dotyczące praktyki i terapii zupełnie są słuszne; w ogólności można odróżnić dwie główne grupy chorób żołądka i jelit: jedna pochodzi z wątłości ścian przewodu pokarmowego, jest następstwem upośledzonego odżywiania i kwalifikuje się do wód żelezistych; druga grupa jest następstwem wad organicznych i kwalifikuje się do wód karlsbadzkich i marienbadzkich. Kol. Warschauer twierdzi, że podobny podział bardzo jest piękny w teoryi, ale nie w praktyce; często wydarza się, że chorzy wysłani do wód żelezistych, używają równocześnie wód nieżelistych i na odwrót.

4) Członkami towarzystwa wybrano Dra Świderskiego z Jasła i mag. farm. Trauczyńskiego z Krakowa, piérwszego korespondentem, drugiego czynnym.

5) Przewodniczący odczytał odezwę wydziału związku Towarzystw lekarskich rakuskich; rzecz tę odstąpiono komitetowi do poczynienia odpowiednich wniosków.

6) Kol. Obtułowicz przedstawił najnowsze środki do wstrzykiwań podskórnych celem leczenia kiły, i odczytał piérwszą część swego zdania sprawy z własnych pod tym względem doświadczeń, poczynionych na klinice prof. Rosnera. (Ukaże się w Przeglądzie Lek.) *Dr. Wurst.*

VI. Dr. Seweryn Gałęzowski.

Cios wymierzony od dwóch lat w tych co go znali, cenili i kochali, cios tak przewidziany, niechybny, a przecież tak dotkliwy i bolesny, ugodził wreszcie w serca nie tylko przyjaciół śp. Seweryna Gałęzowskiego, lecz dosięgnął także całego narodu naszego. Dnia 31 marca śmierć przecięła pasmo tego życia, które jak łza czyste, jak ideał wzniosłe, przez długie lata świecić będzie przykładem dla tych, co się na nie patrzali, co je podziwiali.

Urodzony na Ukrainie r. 1801 we wsi Kniaża Krynica pod Lipowcem pobierał śp. Gałęzowski nauki gimnazyjalne w humańskiéj szkole OO. Bazylijanów, a w r. 1819 wstąpił na wydział lekarski wszechnicy wileńskiéj, który w pięć lat późniéj ukończył z stopniem doktora medycyny i chirurgii; wysłany kosztem wszechnicy za granicę, poświęcił się wyłącznie gałęzi chirurgicznéj i otrzymał posadę po powrocie do kraju, początkowo adjunkta przy profesorze Pelikanie, a następnie zwyczajnego profesora chirurgii; młodzież z zapałem otoczyła katedrę ulubionego mistrza i rozniosła sławę jego po całym kraju, który wkrótce sam, po dokonaniu przez Gałęzowskiego kilku głośnych operacyj, ocenił jego zdolności zawodowe oraz wyższe przymioty serca i umysłu, któremi przyroda tak hojnie wyposażyła tę wspaniałą osobistość.

Wilno w owym czasie tyle mieściło w swych murach ludzi gienijuszu i talentu, tak wielkiemi rysami zaznaczyły się niektóre młode zdolności, że widząc w grodzie Giedymina jakby duchową stolicę wymówił się Gałęzowski od ofiarowanéj sobie katedry chirurgii na wszechnicy warszawskiéj.

Rok 1830 zastał go za granicą zwiedzającego szpitale, muzea, zbiory, poznającego szkoły i metody nauczania; powróciwszy do kraju otrzymał naczelną posadę w armii, i tu z zapałem i zamiłowaniem, z jakiemi zwykł był przystępować do swych obowiązków, wywiązywał się z włożonego nań zadania. W jesieni roku 1831 zamieszkał w Berlinie, który jednak wkrótce opuścić musiał, przenosząc się do Paryża, gdzie mu uczyniono korzystną propozycyję udania się do Meksyku; w r. 1834 Gałęzowski znalazł się na drugiéj półkuli, a swą wiedzą, troskliwością i gorącém sercem zjednał tu sobie nie znany rozgłos; w prostym stósunku do jego sławy wzrastały bogactwa, uznanie i miłość ludzka. W r. 1848 wrócił znów do Europy, osiadł w Paryżu, w którym stale przemie-

szkiwał aż do zgonu, oświecając ciemnych, nasycając głodnych, pocieszając strapionych.

Gałęzowski należał do téj epoki i szkoły, która wprawdzie rzadko specyjalizowała wiedzę zawodową, nigdy jednak nie specyjalizowała serca na własny tylko użytek i dla tego działalność jego rozpada się na dwa działy, z których pierwszy dotyczy zawodu lekarskiego, drugi pełnienia obowiązków obywatelskich. Wspomniałem już, że wyższe zdolności umysłowe, wytrwałość i praca Gałęzowskiego zjednały mu w młodym wieku wysokie stanowisko profesora chirurgii; działalność jego pisarska była szczupłą, i odnosi się do lat, które poprzedziły ostateczne przeniesienie się za granicę; w *Journal der Chirurgie* Graefego i Waltera za r. 1829 znajdujemy następujące rozprawy śp. Gałęzowskiego: 1) *Relation über merkwürdige Operationen, welche im chirurgisch-klinischen Institute zu Wilno ausgeführt wurden*; 2) *Heilung einer Sack-Wassersucht des Eierstockes durch die Operation;* 3) *Heilung einer Amaurosis completa durch Entfernung eines krankhaften Zahnes;* 4) *Über eine Modification des Dupuytrenschen Mutterspiegels;* 5) *Zwei seltene Fälle, in denen scirrhoese Drüsen-Verhärtungen durch Anwendung der Jodine geheilt wurden.* Gałęzowski był przedewszystkiém praktykiem, w wysokim stopniu posiadał t. zw. przez Trousseau'a intuicyję dyjagnostyczną, był dobroczyńcą cierpiących, lecz jak wszyscy praktycy, nie wyłączając Trousseau'a i Oppolzera, pisał mało.

Daleko rozleglejsze pole obejmowała obywatelska działalność Gałęzowskiego; by ocenić należycie, jaką była przewodnia myśl, która nadawała cechę wszystkim długoletnim pracom jego, dosyć jest przypomnieć, że należąc do pokolenia, które kształciło się pod sztandarem pojęć komisyi edukacyjnéj dążył Gałęzowski całe życie do odrodzenia swego społeczeństwa przez oświatę, a stojąc w wirze najsprzeczniejszych kierunków, któremi zmierzano do tegoż celu, nie dał mu się porwać, powtarzając wszystkim słowa umierającego Goethego *„mehr Licht.“* Musiała to być doskonała ta ustawa pedagogiczna, skoro wytwarzała takich ludzi, jak śp. Gałęzowski i jego koledzy, skoro rozbudzała w młodzieży szlachetny zapał do wzniosłéj pracy, do wzbijania się na wyżyny dobra i piękna, skoro zapaliła w niéj ten *„feu sacré,“* Napoleona I.; gdy wzięła ona do ręki pracę zawodową, w lat kilka wychodzili z niéj mistrze; gdy się jęła harfy, kraj napełnił się dźwiękami jéj potężnego natchnienia: natury pełne wdzięku i hartu, umysły wykwintne, serca pełne ognia świętego. Seweryn Gałęzowski był takim, jakim byli inni, i jak inni górnym lotem pędził orlemi myślami, ze spiżu wykuta postać, zachował on do grobu wszystkie przymioty szlachetnego zapału, czy to podnosząc mieniem i pracą ubożuchną szkółkę w Paryżu do stopnia ubiegającego się z francuskiemi liceami o pierwszeństwo, czy utrwalając przyszłość téj młodzieży, która oświeciwszy umysł i ogrzawszy serce w rzeczonéj szkole stawała do zapasów życia, czy ocierając łzy stęsknionym, zwątpiałym i osieroconym, czy podając rękę potrzebującym. Nie zakuty w ciasny pancerz wyłączności zawodowéj, ostrém okiem sięgał z dali w zawsze blizkie jego serca losy narodu, nigdy on nie dążył do przemycania do kraju obcych naszemu duchowi doktryn, nigdy nie mierzył potrzeb naszych obcą miarą i wagą, nigdy nie spuszczał z uwagi zasad prawidłowego postępu; pilnie przysłuchiwał on się przez pół wieku tętnu bijącemu w narodzie, zespolał się z jego smutkiem, zawodami i nadziejami, był duchem obecny w jego łonie. Ruch naukowy krakowski, prace Akademii umiejętności, losy wyzwoleńców Wszechnicy Jagiellońskiéj itd. wszystko to było duszą jego duszy, ulubionym, może jedynym przedmiotem marzeń szlachetnego starca, to téż nigdy gasnąca źrenica nie jaśniała tym wyrazem, nigdy głos jego nie nabierał tego ożywionego dźwięku, jak kiedy mówił o znaczeniu dla przyszłości szkół krakowskich; za słowami szły czyny; ustanowiając stypendyjum braci Śniadeckich 5000 fr. rocznie dla uczniów, zamierzających poświęcić się zawodowi nauczycielskiemu, dowiódł śp. Gałęzowski, że najtrafniéj ocenił nasze potrzeby pedagogiczne; darem 12.000 fr. dla Akademii umiejętności uwydatnił wspólnie z krajem pojmowanie znaczenia téj instytucyi. Więc choć obca, niech mu będzie lekka ziemia, a to życzenie powtórzą za nami ci, którzy nabyli światła w szkole, którą on stworzył, ci których w smutku do serca przygarnął; powtórzą sieroty, powtórzy naród, któremu dodał blasku, powtórzy, i

„płakać będzie długo takiéj ofiary,
ognia wonnego i rozbitéj czary.“

Dr. A. Kwaśnicki.

Listy z Wiednia.

II.

(Środki przeciwko powstać mogącéj zarazie — O broszurze Dumreichera — Stowarzyszenia lekarskie — Haeckel w Wiedniu — Nowe pismo lekarskie).

Z nadchodzącą wiosną powstała obawa, iż podczas ciepłéj pory roku w skutek zaniechania środków ostrożności przy grzebaniu ciał poległych na pobojowiskach bułgarskich, mogłaby tamże powstać zaraza i dotknąć także krajów austryjackich. Z tego powodu nietylko ciała lekarskie Galicyi i Węgier jako krajów najwięcéj narażonych, ale także ciała parlamentarne, gminy i stowarzyszenia zastanawiają się nad środkami, których-by użyć należało, aby zapobiedz grożącemu niebezpieczeństwu.

Już doniósł Przegląd Lek., że Delegacyja austryjacka przedkładając petycyję stowarzyszenia urzędników poleciła Rządowi, aby użył odpowiednich środków ku odwróceniu niebezpieczeństwa. Kilka dni późniéj prezes Ministrów ks. Auersperg w odpowiedzi na interpelacyję oświadczył, iż tak rząd jak i zarządy kolei nad przedmiotem interpelacyi się zastanawiały i już w sierpniu z. r. koleje pozostające w styczności z kolejami ziem dotkniętych wojną zarządziły desinfekcyję taborów osobowych i towarowych. Gdy w grudniu pojawiły się przypadki duru w Podwołoczyskach, zażądano od rządu cesarstwa rosyjskiego, aby także zaprowadzono dostateczną desinfekcyję taborów używanych do przewozu wojska, lub przedmiotów przeznaczonych dla obozów, czemu rząd rosyjski zadość uczynił. Daléj wydano zakaz przewożenia szmat i sukien przeznaczonych dla handlu z Turcyi, Serbii, Rumunii i Czarnogóry. Ponieważ austryjackie wagony towarowe w Rumunii używane były do przewożenia chorych a nawet jako mieszkania dla żołnierzy (baraki), więc rozporządzono, aby austryjaccy urzędnicy i to poza granicami Austryi kierowali przeprowadzeniem desinfekcyi i oczyszczenia. Minister oświadczył, iż w Galicyi i na Bukowinie istnieją komisyje sanitarne dla przestrzegania spraw zdrowotnych. Wreszcie zarządzono, aby władze austryjackie pozostające w krajach, w których w zeszłym roku toczyła się wojna, zdawały urzędowe i lekarskie sprawozdania o stanie sanitar-

nym, w skutek czego w razie potrzeby można będzie użyć skutecznych środków w celu odwrócenia niebezpieczeństw grożących zdrowiu publicznemu.

Dnia wczorajszego z polecenia Rady ministrów odbyło się w tymże celu w Ministeryjum spraw wewnętrznych posiedzenie najwyższej Rady zdrowia. Rada zdrowia uchwaliła, aby 1) zawezwać konsulaty do złożenia sprawy ze stanu pobojowisk, i polecić tymże, aby tak jak po wojnie francusko-niemieckiéj, wspólne groby pokryto warstwą wapna. 2) na granice państwa należy wysyłać lekarzy, którzy tygodniowo donosić o stanie sanitarnym przydzielonych sobie okręgów, a wrazie potrzeby telegraficznie porozumieć się mają z władzami centralnemi. 3) należy wybrać osobną komisyję, która w razie wybuchu epidemii zajmie się bezwłocznie założeniem szpitali i pieczą o zdrowie publiczne; w skład téj komisyi wchodzą delegaci ministrów dla spraw wewnętrznych, handlu i finansów, kolei żelaznych i najwyższéj Rady sanitarnéj (wybrano na témże posiedzeniu Dr. Schnellera), a wreszcie jeden delegat Ministerstwa węgierskiego, które 4) zawezwać należy do współudziału. 5) desinfekcyja wagonów używanych do przewożenia chorych ma nastąpić bezzwłocznie po opuszczeniu tychże przez chorych, za pomocą pary z lokomotywy. 6) Ostatni ustęp uchwał Rady tyczy się desinfekcyi sukni, ubiorów wojskowych, pochodzących z okolic dotkniętych zarazą.

Także i w Radzie miejskiéj na wniosek Somarugi poruszono tę sprawę i polecono fizykatowi miejskiemu, jak i komisyi lekarskiéj, aby oświadczyły co uczynić należy aby wybuch zarazy powstrzymać, a w dolno-austryjackiéj Radzie zdrowia za sprawą jéj prezydenta prof. Spätha uchwalono zawezwać rząd, aby konsulaty tam gdzie ciała poległych żołnierzy grzebano użyły środków powstrzymujących powolny rozkład i gnicie.

Na ostatniém posiedzeniu wydziału lekarskiego przedłożył komitet wybrany w sprawie broszury prof. Dumreichera swój elaborat. Tenże orzeka, iż komitet nie zgadza się w całości z brzmieniem broszury, lecz że niektóre w niéj poruszone kwestyje należałoby wziąć pod bliższą rozwagę. Pewne zmiany byłyby pożądane, i tak: 1) co do służby wojskowéj medyków; 2) egzamina z nauk przyrodniczych należy znieść i 3) postarać się o polepszenie materyjału na klinikach. Wydział zgodził się na wnioski komitetu. Dumreicher, który na posiedzeniu nie był obecny, odstąpił od pierwotnie powziętéj myśli załączenia osobnego zdania, ma jednak zamiar doręczenia ministrowi oświadczenia, w którém wykaże, iż komitet pojął wiele rzeczy jego broszury w sposób niewłaściwy. W tutejszém c. k. stowarzyszeniu lekarzy odbyło się jak corocznie o tym czasie walne zgromadzenie a zarazem obchodzono 40-let. rocznicę założenia stowarzyszenia. Przewodniczył prof. Rokitansky, jeden z założycieli, z których oprócz niego byli obecni radzcy dworu Drowie Schroff i Günther. Stowarzyszenie, jak z przeczytanego przez prof. Kloba rysu jego dziejów powziąść było można, w dawniejszych latach odznaczało się znakomitym ruchem umysłowym i naukowym. W niém odczytał Skoda pierwsze prace swoje o fizycznėm badaniu serca. W z. r. odbyło stowarzyszenie 35 posiedzeń a odczytów było 88. Na członków, w części honorowych w części korespondentów, wybrano Schroffa, Listra, obecnego na posiedzeniu Mariona Simsa, Stillinga i innych.

Stowarzyszenie publicystów i literatów „Concordia" urządza co rok publiczne odczyty, w których zwykle udział biorą zaproszone przez wydział znakomitości zagraniczne. Tego roku zaproszono prof. Haeckla z Jeny, który miał zajmujący odczyt z dziedziny życia duchowego i instynktów zwierząt gromadnie żyjących. Odczyt odznaczał się jasném przedstawieniem rzeczy, gładką formą i ciekawemi szczegółami; niepowiedział jednak Haeckel nic, coby z dawniejszych prac jego nie było znaném. Następnego dnia urządziło stowarzyszenie t. zw. „Kneipabend," na którym Haeckel odpowiadając na toast wystąpił nie w bardzo odpowiedni sposób, podnosząc zasługi i naukę Rokitańskiego, przeciwko Virchowowi. Haeckel zarzucił Virchowowi, iż tenże obecnie tylko wierze ludzkiéj „w powagi," zawdzięcza swoją sławę, że działa ze szkodą dla nauk przyrodniczych, że dziś jest więcéj politykiem niż przyrodnikiem itd. — Miał to być odwet za znakomity odczyt Virchowa miany na 50tym zjeździe przyrodników i lekarzy w Monachijum, w którym Virchow wystąpił przeciwko teoryjom Haeckla i młodszéj szkole Darwinistów niemieckich, twierdząc, że nauka o duszy i jéj działaniu nie jest przedmiotem ścisłych nauk przyrodniczych i przestrzegając, iż w interesie nauk przyrodniczych należałoby pozostawić niczém nie stwierdzone teoryje na uboczu i nie uczyć tego, czego udowodnić nie można.

Właśnie ukazał się pierwszy numer nowego pisma lekarskiego wychodzącego pod nazwą *„Wiener med. Blätter."* Redaktorem pisma jest docent Dr. Wilh. Schlesinger. Redakcyja przyrzeka, iż jéj staraniem będzie utrzymać pismo na wysokości odpowiedniéj rozwojowi nauk lekarskich co do działu naukowego, a przytém zamierza szczególniejszą zwrócić uwagę na sprawy społeczne pozostające w związku ze stanem lekarskim. W pierwszym numerze znachodzimy prace proff. Dumreichera, Strickera i Chwostka.

Wiedeń 2 kwietnia 1878. *Dr. E. Machek.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 11 kwietnia. Komisyja sanitarna miejska odbyła w d. 6 bm. posiedzenie pod przewodnictwem Dra Warschauera. Po przywitaniu przez przewodniczącego nowo wstępujących członków komisyi Referendarz magistratu zawiadomił komisyję w następujących uchwałach magistratu:

1) Komisyja sanitarna wybierze delegata do ocenienia planów nowych oraz przerabiać się mających budynków, oddanych magistratowi do zatwierdzenia. Komisyja uchwala, aby tak na miejscu budowli razem z komisyją magistratu, jakotéż na posiedzeniach magistratu przy ocenieniu planów, był obecny fizyk miasta lub jeden z lekarzy okręgowych, oraz delegat komisyi sanitarnéj lub jego zastępca; na wniosek członka komisyi prof. Blumenstoka delegatem tym wybiera prof. Janikowskiego a zastępcą Dra K. Grabowskiego, polecając im, aby tylko plany ważniejszych budowli lub plany nastręczające większe wątpliwości przedłożyli komisyi sanitarnéj do opinii.

2) Magistrat obowiązuje się opłacać portoryjum od kartek przesyłać się mających pocztą przez lekarzy, zawiadamiających o przypadkach choroby jakiejś zaraźliwéj. — Na wniosek czł. kom. prof. Korczyńskiego komisyja uchwaliła: *a)* aby magistrat zawezwał jeszcze raz lekarzy praktykujących pod zagrożeniem kary ustawą oznaczonéj do nadsyłania takich doniesień, a magistrat opierając się na kontroli bióra statystycznego pociągał do odpowiedzialności nie stósujących się do tego polecenia, *b)* aby sekretarz komisyi sanitarnéj co miesiąc przedkładał na posiedzeniu komisyi sanitarnéj wykaz kartek nadsyłanych przez lekarzy, *c)* aby magistrat wystósował prośbę do dyrekcyi szpitali oraz do komendy wojskowéj, aby polecily lekarzom szpitalnym i wojskowym donoszenie magistratowi o przypadkach chorób zaraźliwych.

3) Magistrat zawiadamia, iż otrzymał od Namiestnictwa polecenie otworzenia szpitala dla chorych tyfusowych, i że przeciw takowemu wniósł rekurs opierając się na obowiązującéj ustawie.

4) Czł. kom. prof. Blumenstok przedkłada plan budowli p. Goetza na rogu ul. Krupniczéj dla opinii, czy można pozwolić na przeniesienie obecnego kominu warzelnianego w głąb realności. Po żywéj dyskusyi komisyja większością głosów oświadcza się przeciw stósowności przeniesienia.

5) Lekarz okręgowy Dr. Rybczyński przedstawia wynik dotychczasowych badań nad pochodzeniem, szerzeniem się i śmiertelnością duru powrotnego w Krakowie. W styczniu rb. przybyło na 115 chorych do szpitali 88 tutejszych a 27 obcych, w lutym na 236 chorych 175 tutejszych a 61 obcych, a więc epidemija panuje w Krakowie pomiędzy mieszkańcami stałymi; z 557 chorych umarło 46, śmiertelność więc dotąd wynosiła 8·26%.

* Współpracownik nasz Dr. Ludwik Rydygier, b. asystent kliniczny w Gryfii, odbył w d. 28 lutego rb. wykład próbny jako docent chirurgii w Jenie. Temi dniami Dr. Rydygier wyjechał na zjazd chirurgów niem. w Berlinie, a o rozprawach będzie zdawał sprawę w Przegl. Lek.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 12 (od 17 do 23 marca włącznie) umarło w Krakowie osób 57; 32 mężczyzn i 25 kobiet; 30 osób w obwodach i 27 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 53,9: w Warszawie 35,1; w Poznaniu 36,0; we Wiedniu 34,0; w Budapeszcie 46,2; w Pradze 49,6; w Tryjeście 48,1; w Bazylei 31,4; w Brukseli 26,6; w Paryżu 27,0; w Londynie 24,5; w Kopenhadze 21,7; w Chrystyjanii 20,8; w Petersburgu 59,1; w Odesie 35,8; w Wenecyi 37,9; w Bukareszcie 43,0; w Barcelonie 32,0; w Aleksandryi 27,5; w Berlinie 26,6; w Królewcu 45,1; w Gdańsku 34,2; w Wrocławiu 27,7; w Monachijum 42,4; w Würzburgu 43,7; w Dreźnie 24,0. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 7, mianowicie: z ospy 1 nieszczepiona, z płonicy 1, z dławca 1, z duru powrotnego 3, z róży 1. W ostatnich dniach więcéj przybyło chorych na dur powrotny, znacznie więcéj ich umarło, przeważnie z powodu przypłątania się zapalenia płuc.

* **Wiedeń**. Bawił tu przez czas dłuższy prof. Brunetti z Padwy, wysłany przez rząd włoski do Wiednia i Berlina, celem poznania systemu wykładowego medycyny sądowéj i zdanie sprawy ze swych spostrzeżeń. *(W. med. Wochensch).*

* **Berlin**. W sejmie przedłożoną została przez Rząd nowa taryfa dla świadków i znawców. Jeżeli taryfa pruska dotychczasowa była nierównie korzystniejszą dla znawców, aniżeli nasza, to taryfa obecnie przedłożona jeszcze bardziéj odbija od nieśmiertelnéj taryfy austryjackiéj, która musi być bezwzględnie doskonałą, skoro o jéj reformie nie pomyślano nawet jeszcze.

* **Mianowania. i odznaczenia**. Asystent prof. Volkmanna w Hali Dr. Ranke powołany został na katedrę chirurgii do Groningi w Holandyi. — Docent prywatny w Insbruku Dr. Michał Dietl mianowany prof. nadzw. patologii doświadczalnéj. — Habilitowali się jako docenci prywatni: Dr. Kries w Lipsku, Dr. Refeld w Monachijum, Dr. Rosenberger w Würzburgu.

* **Nekrologija**. W Petersburgu umarł d. 25 marca na dur znakomity okulista tameczny Dr. Robert Blessig licząc lat 48. — W Szwajcaryi † Dr. Henser śmiały i szczęśliwy operator. — W Paryżu † prof. chemii Lamy; w Frankfurcie nad M. Dr. Wallach, b. lekarz przyboczny elektora heskiego.

Wiadomości osobowe. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał na Uniw. Jagiell. p. Ludwik Cwiklicer.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 17 kwietnia b. r. o godzinie 5téj popołudniu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Rydel dokończy odczytu o operacyi zaćmy, 2) kol. Jordan opowie przypadek położniczy.

Po tém posiedzeniu odbędzie się posiedzenie komisyi sprawozdawczéj.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek dnia 16go b. m. o godz. 5 popoł. posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw bieżących 1) Dr. Lutostański zda sprawę o stanie uzdrowiska w Morszynie, 2) Prof. Dr. Czerny odczyta rozprawę o wpływie lasów na hidrologiczne stosunki pojedyńczych krajów a w szczególności na wydajność źródeł.

Do szanownych Członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Ponieważ przy rozszerzonym obecnie zakresie działania Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dotychczasowa Ustawa tegoż nie ze wszystkiém odpowiada potrzebie, Towarzystwo wybrało z grona swego Komisyją złożoną z dziesięciu członków, któréj zadaniem zaprowadzić stósowne zmiany w Ustawie, aby tak zmienioną przedłożyć Władzom krajowym do zatwierdzenia. Pragnąc, aby wszyscy członkowie Towarzystwa mogli pod tym względem objawić swe zdanie, uprasza się szanownych kolegów, którymby się pod tym względem jakieś uwagi nasuwały, aby takowe zechcieli ile można najrychléj nadesłać na ręce sekretarza komisyi Dra Augusta Kwaśnickiego, zamieszkałego w Krakowie przy ulicy Krzyżowéj, w szpitalu dla dzieci św. Ludwika.

Kraków, d. 10 kwietnia 1878 r.

Przewodniczący komisyi
Dr. Sciborowski.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie o zakładzie lekarsko-zdrojowym w Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Vin de Bugeaud

Toni-Nutritif

Au Quinquina et au Cacao combinés

Trudność, z jaką żołądek znosi przetwory chiny, i w ogóle substancye gorzkie, nieraz wprowadzała w kłopot lekarzy praktycznych. Lecz od czasu wprowadzenia między środki lecznicze połączenia zwanego :

WINEM ŚCIĄGAJĄCO-ODŻYWCZEM BUGEAUD'A,

w którém Kakao połączone z chiną dla złagodzenia własności ściągających, — trudność ta już więcéj nie istnieje.

Zwracamy szczególnie uwagę ciał lekarskich na ten szacowny środek leczniczy, który od 20 dopiero lat zalecany z wybornym skutkiem przez najznakomitszych lekarzy, sprowadza najlepsze skutki we wszystkich przypadkach, w których wskazane są środki ściągające i wzmacniające razem, — a szczegółowo w następnych chorobach : *w niedokrewności, w cierpieniach nerwowych, upławach, w przewłocznej biegunce, w osłabieniu płciowém, przekrwieniach biernych, w gnilcu, w zołzach* etc. Przetwór tego wina na podstawie wina hiszpańskiego, wymaga dla rozczynu Kakao, istot szczególnych, jakie się nie znachodzą w lekowniach; potrzeba zatém dla zapewnienia się o pochodzeniu tego leku, zapisywać go pod nazwą :

« WINA ŚCIĄGAJĄCO-ODŻYWCZEGO BUGEAUD'A ».

Wyjątkowa wziętość, jakiej nabyło wino ściągająco-odżywcze Bugeaud'a u lekarzy wszystkich krajów, obudziło chciwość niektórych przemysłowców. Wypada zatém wystrzegać się podrobienia i naśladownictwa od niektórych niesumiennych pośredników.

SKŁAD GŁÓWNY : *w Krakowie,* w aptekach PP. J. Trauczyńskiego i Redyka ; *we Lwowie,* w aptece P. Mikolascha ; *w Warszawie,* w składach materyałów aptecznych PP. Ferd. Aug. Gallego i Lud. Spiessa i w aptece P. Lilpopa ; *w Wilnie,* w aptece P. Chróścickiego ; *w Kijowie,* w aptece PP. Marciniczyk braci ; *w Poznaniu,* w aptece P. doktora Mankiewicza.

MATTONIEGO
GIESSHÜBELSKA

najczystsza alkaliczna szczawa

najgoręcéj zalecana tak w chorobach narządu oddechowego i trawienia jak i za napój we wszystkich porach dnia.

HENRYK MATTONI w Karlsbadzie.

Skład w Krakowie u P. J. Wentzła.

FABRYKA PAROWA WÓD GAZOWYCH

K. Rzący w Krakowie

w roku bieżącym rozpoczęła wyrób

gazowych wód lekarskich

według przepisów podanych przez **Komisyją balneologiczną Towarz. lekar. krakow.**

Wody te odznaczają się wielką skutecznością, tanością i przyjemnym smakiem.

Woda magnezyjowa. Najlepszy środek używania magnezyi, działa znakomicie przeciw kwasom żołądka i kiszek, zgadze, katarom żołądka i kiszek, w zatkaniu stolca.

Woda selcerska. Nieoceniony środek w katarach płuc i zastarzałych kaszlach.

Woda litowa w artrytyzmie, w nieżytach pęcherza, przeciw piaskowi i kamieniom moczowym z wielkim skutkiem używana. **Lek prawie pewny w tych cierpieniach.**

Wody żeleziste przeciw ogólnemu osłabieniu, niedokrewności i blednicy wyłącznie używane. **Woda z dwuwęglanem żelazowym, z pyrofosforanem żelazawym.** Szczególnie **dla dzieci** zalecana przeciw osłabieniu, wątłości, zołzom, krzywicy. Z tych wód zaleca się zwłaszcza **Szczawę sztuczną żelezistą, najlepszy sposób używania żelaza.**

Woda gorzka gazowa! Wyszczególnia się najkorzystniéj pośród wszystkich wód gorzkich łagodnym smakiem i wybornym skutkiem, **zaleca się w katarze żołądka i kiszek, uporczywém zaparciu stolca, w zastoinach krwi i nawałach jéj do szlachetnych organów, w hemoroidach, w braku apetytu i t. p.**

Limonada gazowa. środek przeczyszczający przyjemnego smaku.

Cenniki tych wód jako też **wody sodowéj i limonad gazowych** przesyła fabryka na żądanie bez zapłatnie.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY
Gräfenberg
na Szląsku austryjackim.

Mój nowy dom leczniczy „**Annahof**" posiada 60 pięknie umeblowanych pokoi, wykwintnie urządzoną jadalnię i wielką ku południowi zwróconą otwartą werandę. Łazienki i natryski odpowiadają wszelkim nowoczesnym wymogom.

Lekarz kąpielowy Dr. **Anjel** (mówi po polsku) mieszka w tymże domu. Najbliższa stacyja kolei o 2 mile odległa Ziegenhals. **Neugebauer.**

MATTONIEGO
BUDENSKA KRÓLEWSKA WODA GORZKA

zalecana bywa najgoręcéj przez pierwsze lekarskie powagi w kraju i za granicą przeciw **nawykowemu zaparciu stolca** i wszystkim ztąd wynikającym chorobom **bez wszelkich nieprzyjemnych skutków** nawet przy dłuższém użyciu.

Przez obfity zasób **chlorku sodu, dwuwęglanu sodowego i węglanu sodowego** zasługuje woda ta na pierwszeństwo przed wszelkiemi innemi wodami gorzkiemi krajowemi i zagranicznemi.

MATTONI & WILLE, c. k. austr. dostawca dworu

Właściciel 6 połączonych królewskich źródeł gorzkich w Budzie.

Przepisy leczenia i broszury gratis.

BUDA-PESZT, Dorotheagasse Nr. 6.

Skład w Krakowie: u J. WENTZLA.

Pod redakcyją Prof. Dr. Radziszewskiego wychodzi już rok trzeci we Lwowie, czasopismo:

KOSMOS

organ towarzystwa przyrodników im. Kopernika.

„Kosmos" wychodzi w zeszytach miesięcznych, zbroszurowanych, około 40 arkuszy rocznie z drzeworytami i tablicami litografowanemi.

Półroczna prenumerata wynosi we Lwowie: 2 złr. 50 cent. Na prowincyi: 3 złr. W Warszawie u Gebetnera: 2 rs. W Poznaniu u Żupańskiego: 6 mrk.

Zbroszurowane roczniki z r. 1876 i 1877 można jeszcze nabyć po cenie prenumeracyjnéj. Roczniki te zawierają prace pp. Abakanowicza, Bandrowskiego, Ciesielskiego, E. Godlewskiego, J. Grabowskiego, Janoty, Krentza, Lutostańskiego, Ochorowicza, Nenckiego, Niedźwieckiego, Radziszewskiego, Rościszewskiego, Syrskiego, Staneckiego, Widmana i wielu innych.

Prenumerować można we wszystkich księgarniach krajowych i zagranicznych.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 20 Kwietnia 1878. **№ 16.** Rok XVII.

I. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego.

O uwięzgnieniach wewnętrznych w skutek zwęźlenia jelit (*nodus intestinalis*) powstałych.

(Rzecz przedstawiona w Tow. lek. galic.)

Opisał Dr. **Longin Feigel**,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

Z olbrzymim wzrostem, jakiego w ostatnich czasach doznaje na każdym kroku nauka anatomii patologicznéj i z mnożącemi się w piśmiennictwie niezwykłemi przypadkami napotykanemi przy sekcyjach, odkąd takowe stały się potrzebą i źródłem nauki dla każdego lekarza postępowego, i przypadki uwięzgnień jelit wewnętrznych bywały niejednokrotnie opisywane, a od czasów Streubla (1858 r.) ujęte nawet zostały w pewien system, do dziśdnia mający wielką naukową wartość. Mimoto jednak przypadki uwięzgnień jelit wewnętrznych w ogóle są do dziś dnia niezbyt liczne; a bardziéj jeszcze musimy to przyznać, jeżeli się uwzględni obfitą różnorodność zmian anatomicznych, jakie dostarczają materyjału do ogólnéj téj gromady; przypadki bowiem należące do poszczególnych odmian uwięzgnień wewnętrznych okażą się wtedy nader skąpemi, tak, że każdy nowy przypadek ogłoszony stanowi cenny dodatek do kazuistyki odnośnéj, z któréj nauka zaledwie dopiéro wysnuwać się ośmiela wnioski o warunkach powstania, przyczynowości, znakach rozpoznawczych tych przypadków, sposobie ich leczenia itp. Na dowód tego twierdzenia przytoczę tylko, że w polskiém piśmiennictwie w tym dziesiątku lat prof. Biesiadecki (p. Poszukiw. dokon. w Zakl. patol. anat. Un. Jagiell. T. I. 1870) opisał nową zatokę otrzewny, dotychczas nieznaną, w któréj mogą powstawać przepukliny wewnętrzne; w r. 1872 opisałem ja (l. c. T. II. 1875. Roczniki Tow. krak. nauk. z r. 1872.) przypadek dotychczas nieznany zadziergnięcia jelit w worku przepuklinowym; niedawno zaś podałem (Przegl. Lek. 1877. Nr. 46 i nast.) znowu zmiany nieopisane dotychczas w przebiegu zagłoby, stanowiącéj jedną z odmian uwięzgnień wewnętrznych. Z tego wynika podostatkiem, że akta w téj sprawie bynajmniéj nie można uważać za zamknięte.

Do bardzo niezwykłych a przytém nadzwyczaj zajmujących postaci uwięzgnień wewnętrznych należą i przypadki, w których uwięzgnienie zostało wywołane takiém ułożeniem i zaplątaniem jelit, że takowe tworzą ze sobą węzeł tak silnie zaciśnięty, że przechodzenie treści staje się niemożliwém. Dwa przypadki tego rodzaju, które zdarzyły się od czasu objęcia przezemnie prosektoryjum szpitala tutejszego na oddziale chorób wewnętrznych Dra O. Widmana i na oddziale chorób skórnych Dra Chądzyńskiego, których życzliwości zawdzięczam załączone historyje choroby, zasługują ze wszech miar na dokładny opis i podzielenie się niemi w gronie szan. kolegów.

I.

Splątanie dwóch pętli jelita biodrowego ze sobą i zwęźlenie takowych przy okręceniu jelita w 2 miejscach około połowy swéj osi.

B a r b a r a T y r y j a n o w a, 53-letnia praczka, przyjętą została dn. 17 marca 1873 r. na oddział chorób wewnętrznych kobiecy (podówczas Dra O. Widmana) szpitala powsz. lwowskiego, w stanie konającym. Miała ona przed dwoma dniami spaść z drabiny, z wysokości jednego piętra na ziemię i w téj chwili poczuła ból w dolnéj części brzucha, który dotychczas nie ustąpił. Badanie wykazuje: kobietę w wysokim stopniu wychudłą i niedokrewną. Płuca wykazują odgłos wypukowy jawny, chociaż krótki; z obu stron słychać obfite rzężenia wilgotne. Uderzeń serca nie widać ani wyczuć nie można. Tętno drobne, nikłe, policzyć się nie daje; piérwszy ton nad tętnicą główną rozszczepany. Na całym brzuchu widać ślady świéżo przystawianych pijawek. Brzuch przedstawia poniżéj pępka niepodatną wyniosłość gładką, przy dotyku któréj chora boleśnie się skrzywia. Wypuk nad tą wyniosłością jawny, bębenkowy. Ciepłota ciała niska. Ciało pokryte lepkim potem. Zalecono eter z wodą wawrzynową; siły cho-

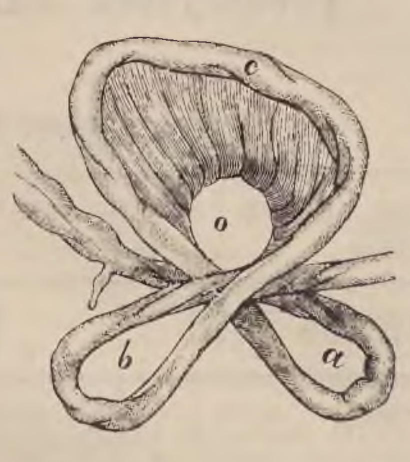
réj jednak coraz bardziéj upadały i o godz. 3ciéj po południu tegoż samego dnia chora umarła.

Sekcyja zwłok wykonana dn. 18 marca 1873 roku wykazała następujące szczegóły: Kobieta wzrostu średniego, wieku wedle wejrzenia 50—60 lat, budowy smukléj, w wysokim stopniu wynędzniała i niedokrewna. Ściany brzuszne cienkie, wiotkie, w całości a szczególnie w części dolnéj, poniżéj pępka, mocno wydęte. Po otwarciu jamy brzusznéj uderza natychmiast cewa jelita cienkiego czarno-czerwono zabarwiona, mocno naprężona, połyskująca i ku przodowi łukowato wypuklona, która od wysokości pępka i od strony kątnicy przebiega w kierunku ukośnym na dół i na lewą stronę ku spojeniu kości łonowych. Przechodząc po téj pętli palcami, celem wyśledzenia jéj początku, dochodzi się z jednéj i z drugiéj jéj strony do zbitego, postronkowato zwiniętego węzła, w którym owe jelito końcami swemi się gubi. Węzeł ten leży tuż przy zakończeniu jelita biodrowego w jelicie ślepém, nad spojeniem krzyżowo-biodrowém prawém i jest tak okrytym pętlami otaczających go jelit, że dopiéro po odgarnięciu tychże może być widzianym. Od węzła tegoż widać przytém dwie niedługie pętle jelita cienkiego, z których jedna odchodzi ze środka węzła od przodu, pokrywa takowy częściowo i leży z przodu w kierunku ku kątnicy, druga zaś od środka węzła odchodzi z tyłu ku stronie lewéj, pokryta dolnym lewym końcem pętli środkowéj najpierw opisanéj i jelitem od węzła odchodzącém w dalszy ciąg jelit cienkich. Podstawy obu tych pętli, owijając się około siebie śrubowato, tworzą właściwy węzeł, uciśnięty nadto od góry bardzo silnie brzegiem kreski odwiniętéj jelita środkowego, opisanego na wstępie, które swoim końcem górnym prawym przechodzi w pętlę tylną lewą, końcem zaś dolnym lewym tworzy pętlę przednią prawą.



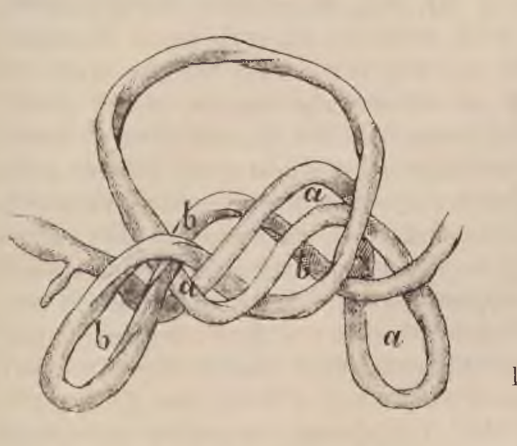
Wszystkie te trzy pętle, tj 2 boczne, a jedna środkowa poprzeczna są mocno wypełnione treścią płynną; ściany ich są połyskujące bębenkowato naprężone, a zabarwienie ścian ich czarno-czerwone odbija bardzo wybitnie od zabarwienia wszystkich innych jelit, słabo różowo zabarwionych. Wszelkie usiłowania, ażeby węzeł opisany rozplątać przed wypróżnieniem treści pętli splątanych, okazują się nadaremnemi, a nawet po wypróżnieniu ich przez nacięcia jelit udaje się rozplątanie dopiéro po mozolném rozwątleniu węzła, który jest tak silnie zaciśniętym, że jelita są tu o $^2/_3$ swéj grubości ścieńczałe, postronkowato wyciągnięte i zupełnie blade, a przez węzeł nawet grubszy zgłębnik nie da się przeprowadzić. Bliższe badanie stosunków tych przedsięwzięto dlatego po wyjęciu trzew z jamy brzusznéj, przyczém tylna ściana otrzewny wraz z kreskami jelit cienkich jak najstaranniéj utrzymane zostały. Przytém okazuje się, iż węzeł sam składa się z 4 białych, wyciągniętych i spłaszczonych cew jelitowych, z których 2 z prawéj strony ku lewéj przebiegające śrubowato zawijają się około 2 innych cew z lewéj ku prawéj stronie przebiegających, obie zaś tworzą opisane powyżéj pętle.

Po rozpłątaniu węzła okazują się następujące stosunki: Jelito biodrowe tworzy w oddaleniu 4 cm. od kątnicy pętlę *a*, 28 cm. długą, któréj ramię niższe jest w saméj szyi pętli o połowę swéj osi przekręcone, a przytém tak skrzyżowane z ramieniem wyższém, że część jelita biodrowego końcowa leży w tyle i podchodzi ku górze, część zaś jelita biodrowego wyższa leży z przodu i poniżéj pierwszego jelita. Tak utworzona



pętla leży w kierunku od kątnicy ku lewéj stronie i nieco pochyło ku dołowi. Ramię jéj wyższe *c*, powróciwszy po utworzeniu pętli ku szyi takowéj w okolicy kątnicy, przebiega daléj w długości 30 cm. łukowato najpierw ku górze i prawéj stronie, potém na dół ku lewéj stronie, wreszcie od okolicy spojenia łonowego ku prawéj stronie, aż dochodzi napowrót do szyi pierwszéj pętli; z tego miejsca zaś tworzy w dalszym swoim ciągu pętlę drugą *b*, 30 cm. długą, która leży na pętli wpierw opisanéj, krzyżuje takową w szyi i przebiega w kierunku od góry i lewéj strony ku dołowi i ku prawéj kości biodrowéj; ramię zaś wyższe tejże pętli, powróciwszy do szyi swéj, przechodzi w dalszy górny ciąg jelita biodrowego i w jelito czcze. Ramię wyższe i téj drugiéj pętli jest w miejscu skrzyżowania się z szyją pierwszéj pętli o połowę swéj osi przekręcone i skupione tak, że ramię niższe jelita biodrowego leży z przodu i niżéj ramię zaś przechodzące w górny dalszy ciąg jelit cienkich leży w tyle i wyżéj od poprzedniéj cewy, krzyżując się nawzajem w saméj szyi pętli. *Fig. II.* Jelito łukowato przebiegające, środkowe i łączące ramiona obu opisanych pętli *c*, widzimy nadto na swéj kresce przenicowane do góry tak, że kreska téj części jelita w ogóle 11 cm. wysoka, w wysokości 6 cm. spada ku dołowi, niższe zaś części jéj w wysokości 6 cm. zwraca się napowrót ku górze, tylną dolną powierzchnią swoją patrzy ku przodowi, przednią ku tyłowi i tworzy tak wachlarz od węzła ku górze rozwarty, którego brzeg stanowi owe łukowate jelito. W ten sposób brzeg przenicowanéj téj kreski tworzy półpierścień tylny górny otworu *o*, którego półpierścień przedni tworzy 2 pętle krzyżujące się w swych szyjach. Przez otwór ten wsunęła się od tyłu i dołu pętla druga, tj. szczytem ku prawéj stronie skierowana, najpierw szczytem, potém coraz głębiéj, aż do swéj szyi i węzeł był utworzonym. Licząc długość jelita biodrowego od zastawki Bauhiniego do węzła 4 cm., pętlę dolną (tylną) 28 cm., jelito łukowato środkowe 30 cm., pętlę górną (przednią) 30 cm., a doliczając 4 cm. jelita wychodzącego z węzła w dalszy ciąg jelit, okazuje się, iż do utworzenia węzła całego została zużytkowaną długość jelita biodrowego wynosząca 96 cm. Długość całego jelita czczo-biodrowego od żołądka do kątnicy wynosi w ogóle 8·3 metra (26·4″), długość jelit grubych 2·5 metr. (8′), razem długość całego jelita 10·8 metr. (34·4″). Szema-

tyczny obraz dokonanego węzła, jednak zwolnionego, przedstawia załączona Fig. III.



Wysokość kreski jelit cienkich niejest wszędzie jednakową: mianowicie jest jelito biodrowe w części swéj najniższéj, w długości 4 cm. od kątnicy, przyczepione na kresce krótkiéj, napiętéj, tylko 3 cm. wysokiéj, nagle jednak kreska w pętli dolnéj jest już 15 cm. wysoką, poczém w jelicie środkowém, łukowato przebiegającém nad węzłem *(c)* jest tylko 11 cm. wysoką, w pętli górnéj dochodzi znowuż do wysokości 14 cm., w dalszym ciągu zaś ku żołądkowi kreska 9 — 10 cm. wysoką. Nadto spostrzegamy, iż rozłożywszy obie splątane pętle i rozciągnąwszy nieco ich kreskę, szerokość takowéj w pętli pierwszéj wynosi 4 cm., w drugiéj (wyższéj) 6 cm., a z tego powodu jelita, które obecnie wytworzyły splątane pętle, musiały nawet w zwykłych warunkach wisieć w miejscach tych w kształcie płaskich pętel, występując szczytami swemi niżéj od innych pobliskich jelit, wiszących równo i w jednéj wysokości na swych kreskach.

Otrzewnę części jelit w węzeł splątanych znaleziono, jak już namieniono, szafirową, połyskującą. Treść tych pętli stanowiła bardzo obfita ciecz krwawa, błonę śluzową ich znaleziono obrzękłą, naciekłą cieczą ciemną krwawą. Otrzewna reszty jelit cienkich drzewkowato nastrzykana, zresztą blada, bez śladu wypociny. Jelita nad węzłem zresztą rozdęte gazami i obfitą treścią cienką kałową, błona śluzowa ich bladoszarawa, podobnież znaleziono i żołądek. Jelita poniżéj węzła są próżne, blade, a błona ich śluzowa pokryta szarym śluzem.

Prócz tego znaleziono: opony mózgowe i mózg blade, niedokrewne. Płuca oba małe, miąższ jest suchy, większe tylko naczynia przepełnione krwią ciemną; w płacie dolnym płuca lewego liczne zraziki ziarniste, nad powierzchnią przekroju wystające, różowawe, za uciskiem wydzielające lepki płyn bezpowietrzny, brudno-żółtawy. W oskrzelach obfity śluz ropiasty, żółty, gęsty, tchawicę i krtań wypełniający. Serce małe, skurczone; zastawki lewéj połowy serca grubsze, mniéj podatne. Zresztą serce, wątroba i nérki małe, niedokrewne, kruche. Śledziona blado-wiśniowa, mała, miąższ jéj zbitszy.

Ciekawém jest w tym i podobnych przypadkach wytłumaczenie sposobu, w jaki zwężlenie takie się dokonało? Otóż co do tego sądzę, ma się rzecz jak następuje: Jelito cienkie jest, jakto widzieliśmy, w danym przypadku niezwykle długie; podczas gdy bowiem ogólna średnia długości jelita cienkiego wynosić zwykła 18', w naszym przypadku dochodzi ona do 26·4'. Jeżeli przytém jelita były obfitą treścią przepełnione, musiały one, ażeby znaleść w jamie brzusznéj odpowiednie miejsce, układać się w wysokie fałdy w kształcie żabotów, a przytém wywierać na siebie wzajemny ucisk, nadto starały się rozsuwać jak najbardziéj na boki jamy brzusznéj. Przy takiém ułożeniu jelit cienkich wisiały najbardziéj ku dołowi, raz z powodu najniższego przyczepienia kreski w części dolnéj jelita biodrowego, powtóre z powodu wydłużenia nadmiernego kresek, dwie pętle, które późniéj uwiązały ze sobą węzeł. Ponieważ przytém jelito biodrowe od początku kątnicy w długości 4 cm. przyczepione było nieruchomo na krótkiéj kresce, część ta nie mogła być z miejsca wypartą, poniżéj części téj powstał więc przestwór wolniejszy. Pętla najniższa będąc przy dolném ramieniu ustaloną, wisiała jak zwykle szczytem ku dołowi ku głębi miednicy małéj, wyższa jednak pętla, parta ku stronie prawéj wsunęła się szczytem przed pierwszą pętlę w ów przestwór wolniejszy pod kątnicą i końcem jelita biodrowego, przyczém ułożyła się poziomo od lewéj ku prawéj stronie, w skutek czego ramię jéj prawe stało się obecnie górném, ramię zaś lewe stało się dolném. Nadto ramię lewe musiało doznać pewnego naprężenia skutkiem wyciągnięcia ku stronie prawéj, podczas gdy ramię górne prawe miało ruchy zupełnie swobodne, nie było bowiem wcale wyciągniętém. Ramię to opadło więc skutkiem własnego ciężaru przed ramieniem lewém (obecnie dolném) ku dołowi miednicy małéj, wypychając ramię dolne ku górze i tyłowi, a skutkiem tego jelito ostatnie musiało doznać okręcenia około połowy swéj osi *(Achsendrehung)*. Najbliższém następstwem tego okręcenia było, że pętla owa, która z początku miała dość miejsca w przestworze opisanym pod kątnicą, wkróce obrzmiała i powiększyła się do tego stopnia, że wyparła najniższą pętlę jelita biodrowego ku stronie lewéj i ta pętla ułożyła się więc poziomo od strony prawéj ku lewéj, tak, że obie pętle skrzyżowały się u swéj podstawy. W ostatniéj pętli ramię prawe, w dalszym ciągu ku kątnicy przebiegające, było pierwotnie dolném, ramię lewe górném; i tu jednak, jak w poprzedniéj pętli, wolniejsze ramię górne opadło wkrótce skutkiem swego ciężaru ku przodowi i dołowi, wypierając ramię przedtém dolne ku górze i tyłowi, co pociągnęło za sobą przekręcenie o połowę osi tylnego ramienia téj pętli i skrzyżowanie się takowych, a zatém uwięzgnięcie jelita w drugiem miejscu. Z ryciny II widzimy, że przednie i dolne ramiona przenicowanych pętel przechodzą w jelito środkowe, łączące obie pętle; ponieważ opadnięcie tych ramion ku przodowi i dołowi połączone być musiało z przegięciem kreski odpowiedniéj, przegięcie to obustronne musiało się udzielić i kresce należącéj do jelita środkowego *c*, między pętlami pozostałego w ten sposób, że kreska ta wraz ze swém jelitem wypuklić się musiały ku przodowi. Wypuklenie to musiało nastąpić i z tego powodu, ponieważ dwie opisane pętle oddalone od siebie o 30 cm. skrzyżowały się ze sobą w jednym punkcie, a skrzyżowanie to zajęło miejsce jelita, między temi pętlami wiszącego, takowe musiało się więc usunąć ku przodowi. Skoro zaś część ta jelita nie mogła poniżéj znaleść dla siebie dostatecznego miejsca z powodu obrzmiewania obu pętli po ich uwięzgnięciu, musiało ono podsunąć się ku górze, przyczém kreska tego jelita musiała w pewnéj wysokości załamać się, tak iż powierzchnia jéj tylna stała się przednią, jelito zaś przedstawia górny brzeg wachlarza utworzonego. Jak z tejże ryciny widzimy, utworzył się skutkiem tego odwinięcia kreski brzeg ostry, od tyłu półksiężycowaty, który z przodu przechodzi w jelita skrzyżowane, a brzegi te zamykają otwór *o*, poprzecznie owalny, wielkości około centa. Obie pętle w dalszym przebiegu z powodu swéj długości leżały w jamie miednicy małéj; obrzmiewając zaś coraz bardziéj uciskały się tak dalece, zwłaszcza napierane ciężarem innych jelit od góry, że wysunięcie się ich dobrowolne z miednicy małéj do jamy brzusznéj stało się niemożebném, a wtedy pętla obecnie prawa *b* (przedtém lewa), nie mogąc pomieścić się w pierwotnie obranym przestworze, weiśniętą została małą częścią od dołu i tyłu w otwór utwo-

rzony przez skrzyżowane szyje pętel i brzeg odwiniętéj kreski, a napierana coraz więcéj występowała otworem tym ku górze i przodowi powiększając się z téj strony, dopóki to w ogóle było jéj możebném. Obecnie pętla ta w otworze ciasnym mocno uciskana, brzmiała coraz więcéj i pociągała szyję swą z taką siłą, że dokonała wreszcie śrubowatego okręcenia obojga pętel i tak silnego zaciśnięcia węzła, jak to przy sekcyi napotkaliśmy. Oczywiście po dokonaném śrubowatém owinięciu się podstaw obu pętel i druga z nich równie uciśnięta powiększając się przyczyniła się i ze swéj strony do jak najsilniejszego zaciśnięcia węzła.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. **Rydel.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

Chciałbym wspomnieć jeszcze o jednéj okoliczności dotyczącéj ajtyjologii zaćmy. Wecker w znakomitém swojém dziele o chorobach oczu *(Traité théorique et pratique des maladies des yeux.* Tom II, str. 185, pierwsze wydanie z r. 1866), mówiąc o wpływie zatrudnienia na powstawanie zaćmy, przytacza, że górnicy w żupach solnych polskich dość często *(avec une certaine fréquence)* cierpią zaćmę. Przyczynę tego upatruje Wecker w działaniu soli kuchennéj na ustrój, która zgęszczając krew skutkiem utraty znacznéj ilości wody sprowadza zaćmę, tak samo, jak w znanych doświadczeniach Kundego na żabach, których potwierdzenie widzi Wecker właśnie w częstém zapadaniu naszych górników na zaćmę, zwłaszcza że górnicy w innego rodzaju kopalniach, żyjący w tych samych zresztą warunkach higijenicznych, nie podzielają ich losu. Nie wiem zkąd zaczerpnął Wecker tę wiadomość, gdyż źródła jéj nie podaje, a nie zdarzyło mi się zresztą nigdzie o niéj czytać. Według mojego doświadczenia poczytać ją muszę za mylną. Nie miałem wprawdzie sposobności badać górników na miejscu w Bochni i Wieliczce i przekonać się w ten sposób, jak często wydarza się u nich zaćma; gdyby jednak wiadomość ta była prawdziwą, musiałbym w klinice mojéj miewać koniecznie większą ilość górników dotkniętych zaćmą, a to tém pewniej, że już z powodu saméj blizkości i ubóstwa nie szukaliby z pewnością nigdzie indziéj pomocy. Tymczasem pomiędzy 124 mężczyznami leczonymi w klinice stałéj, a dotkniętymi zaćmą samorodną znajduję w przeciągu lat ośmiu z górą tylko jednego górnika z Wieliczki, nie licząc drugiego również z Wieliczki z zaćmą cukrzycową, którego jeszcze śp. prof. Gilewski przesłał mi z kliniki swojéj w celu operacyi. Przy dość znacznéj liczbie górników zatrudnionych w obu kopalniach przemawiałoby to raczéj za zbyt rzadkiém niż częstém występowaniem zaćmy u nich, zwłaszcza, że na 111 kobiet z zaćmą samorodną w tym samym przeciągu czasu było trzy z Wieliczki. Z tego wynikałoby chyba, że sól działa więcéj na mieszkańców tych miast górniczych żyjących na powierzchni ziemi, aniżeli na pracujących pod jéj powierzchnią.

Wzmianka Critchetta na zjeździe okulistów w Heidelbergu *(Sitzungsbericht der ophth. Gesellschaft 1873* stron. 459) w roku 1873, że rozwojowi zaćmy towarzyszy niekiedy zmiana refrakcyi oka na niedomiarową tak, że za pomocą szkieł wklęsłych osiągnąć można bardzo nawet znaczną poprawę widzenia w dal, stała się powodem długich rozpraw, w ciągu których jedni uczestnicy objawili swoje zdziwienie podając, że takiéj poprawy przez szkła wklęsłe nigdy nie zauważyli, drudzy zaś nie przecząc samemu faktowi powątpiewali, czy te oczy poprzednio nie były już krótkowidzącemi i radzili być ostrożnym w przypuszczeniu istotnéj zmiany, refrakcyi w skutku rozpoczynającéj się sprawy zaćmowéj. Do przypadków udowadniających stanowczo, że taka zmiana istotnie nastąpić może, a przytoczonych przez kilku biorących udział w owych rozprawach dodać mogę trzy ze swojéj strony; wprawdzie nie z kliniki, ale z praktyki prywatnéj, spostrzeganych po części już przed owym zjazdem. Pierwszy zwrócił moją uwagę na tę okoliczność ciekawą pan T. K. 67-letni obywatel z Podola rosyjskiego, operowany przezemnie w maju 1869 na zaćmę oka lewego, u którego sam się przekonałem, że g o ł é m okiem prawém, na którém od roku spostrzegał upośledzenie wzroku przez zaćmę początkową, widział o wiele lepiéj w pobliżu niż szkłami wypukłemi Nr. 10, bez których dawniéj nie mógł wcale czytać. Żałuję, że nie badałem u niego wpływu szkieł wklęsłych na widzenie w dal, chociaż sądząc według późniejszych doświadczeń nie wątpię prawie, iż byłyby okazały się pomocnemi. Ze szkieł zaś wypukłych, których używał dawniéj do czytania, jak niemniéj ze szkła Nr. $3^1/_2$, którém najlepiéj widział w dal po wykonanéj operacyi oka prawego wnosić należy, że p. K. nie mylił się twierdząc, iż tak jednem jak drugiém okiem widział dawniéj zupełnie dobrze w dal i że refrakcyja jego oczu była pierwotnie miarową. *(O. Becker, Pathol. und Therapie des Linsensystems in Handbuch der gesammten Augenheilkunde von A. Graefe und T. Saemisch, V Band I Hälfte* str. 439.)

Drugi przypadek dotyczy 71-letniego p. W. R. obywatela z Tarnowskiego, który zasięgając w marcu 1877 rady mojéj z powodu upośledzenia wzroku osobliwie przy widzeniu w dal, doznawanego na obu oczach od roku twierdził stanowczo: „Dawniéj widziałem zawsze tak wybornie w dal, że „wzrok mój zadziwiał i budził zazdrość. Od roku widzę co„raz gorzéj w dal, a za to lepiéj w pobliżu tak, że odrzuci„łem okulary, których od wielu lat musiałem używać do czy„tania, ponieważ niemi nie mogę teraz czytać, a za to czy„tam znów jak za lat młodych gołemi oczyma.“

Badając wzrok przekonałem się, że p. R. rzeczywiście żadném gołém okiem nie widzi nawet 6/60 Sn. ale czyta zato przy pomocy szkła wklęsłego 3·5 D. (dawny Nr. 11) okiem prawém 6/18, okiem lewém 6/12 biegle; gołém okiem tak prawém jak lewém Nr. 1 Jaegera dość dobrze na 19 ctm. Badanie przy oświetleniu ogniskowém wykazało znaczne zżółknięcie jądra soczewki; wziernik zaś w obu oczach początki zaćmy korowéj (w oku prawém znaczniejsze) i żadnego śladu tak zwanego garbiaka tylnego *(staphyloma posticum)* ani żadnéj innéj oznaki rozdęcia tylnego odcinka błon ocznych. Nie ulega więc żadnéj wątpliwości, że budowa oczu była pierwotnie miarową, a wzrok krótki od roku nabyty polegał na zwiększeniu się siły łamiącéj przyrządu dioptrycznego.

Ale najciekawsze ze wszystkich spostrzeżeń w tym względzie zrobiłem w listopadzie 1873 u 72 letniéj pani H. G. z Bielska. Pozwolę sobie przytoczyć tutaj co o tym przypadku znajduję zapisane w moim dzienniku chorych prywatnych: „Twierdzi, iż dawniéj doskonale widziała w dal, a do„daje, że do pobliża używała od wielu lat szkieł, których

„nie ma z sobą i numeru podać nie umie, od dwóch lat nie „potrzebuje szkieł do czytania, a za to źle widzi w dal. „Czyta Nr. 1 Jaeg. każdém okiem golém na $7^1/_2$“ trochę „trudno. Na 20 stóp nie widzi Nru 200 Sn. ale z—$^1/_{12}$ czyta $^{20}/_{50}$ ka- „żdém okiem osobno. Badanie wziernikowe nie wykazuje) nawet „przy najsłabszém oświetleniu słabym reflektorem Jaegera) ża- „dnego śladu rozpoczynającéj się zaćmy, na dnie zaś oka nic, coby „przemawiało za budową niedomiarową; przy oświetleniu „ogniskowém widać w obu oczach ciemno-żółte jądro socze- „wki i bardzo wyraźnie jakby popękanie jéj powierzchni.“

W lipcu 1874, a więc w ośm miesięcy później była p. H. G. znów u mnie. I tym razem nie znalazłem żadnych innych zmian przedmiotowych prócz powyżéj opisanych, a co szczególnie podnieść muszę, jeszcze żadnego śladu rozpoczynającéj się zaćmy; wzrok w pobliżu taki sam jak dawniéj, w dal zaś z—$^1/_{12}$ tylko $^{20}/_{70}$, za to z—$^1/_9$ S $^{20}/_{50}$. Stopień krótkiego wzroku wzmógł się więc dość szybko i znacznie, bo z $^1/_{12}$ na $^1/_9$.

Przypadek ten zdaje mi się z tego powodu ciekawym i ważnym, że niewątpliwe i coraz daléj postępujące zwiększanie się refrakcyi wytworzyło się bez najmniejszego zaćmienia soczewki, że więc w tym przypadku nie może być mowy o pojmowaniu krótkiego wzroku jako skutku zgrubienia soczewki z powodu jéj pęcznienia. Zmusza on owszem do innego przypuszczenia, a mianowicie do przypuszczenia zmiany wykładnika łamalności soczewki z innéj przyczyny, o któréj już Horner w przemówieniu swojém podczas rozpraw w Heidelbergu namienił.

To zwiększenie się wykładnika łamalności całéj soczewki, a têm samém jéj siły łamiącéj tłumaczy się zdaniem mojém zmianani schyłkowemi, które niekoniecznie prowadzą w końcu do zaćmy, ale w każdym razie jéj powstanie poprzedzają. Zmiany te polegają jak wiadomo na utracie wody, na zsychaniu się i twardnieniu soczewki, które rozpoczyna się w jądrze a zwolna postępuje ku jéj powierzchni; a ponieważ, jak Helmholtz dowiódł, odległości ogniskowe soczewki są mniejsze, aniżeliby były, gdyby cała soczewka składała się z jednolitéj masy, mającéj zbitość i siłę łamiącą jądra, sądzę więc, że znaczne i stosunkowo szybkie stwardnienie jądra, a więc zwiększenie się jego wykładnika łamalności, podczas gdy kora nie uległa jeszcze żadnéj albo tylko nieznacznéj zmianie, tłumaczy nam bardzo dobrze tak znaczne zwiększenie się siły łamiącéj całéj soczewki, że skutkiem tego refrakcyja oka dawniéj miarowa lub nawet nadmiarowa zamienia się na niedomiarową średniego albo zgoła wyższego stopnia. Tłumaczenia tego nie stosowałbym tylko do tego jednego przypadku, w którym soczewka była jeszcze zupełnie czystą, lubo oczekiwać należało jéj zaćmienia się, ale jeżeli nie do wszystkich to przynajmniéj do większéj części tych przypadków, w których już wyraźnéj, chociaż dopiero rozpoczynającéj się zaćmie towarzyszy zwiększenie się refrakcyi oka. Nie potrzebuję może zwracać osobno uwagi na późny wiek wszystkich trzech moich pacyjentów, tudzież na mocne i ciemno-żółte zabarwienie jądra soczewki.

Część II. Sprawozdanie z dokonanych operacyj zaćmy oraz spostrzeżenia i uwagi nad niemi.

W téj części zamierzam zdać sprawę ze wszystkich od października 1869 aż po koniec grudnia 1877 roku w klinice mojéj uskutecznionych operacyj zaćmy, a to tak pod względem samego działania operacyjnego i przebiegu po operacyi jako téż pod względem osiągniętych wypadków.

Różnorodność postaci zaćmy, które były przedmiotem leczenia, jak niemniéj rozmaitość sposobów operacyjnych, które w poszczególnych przypadkach odpowiednio do wskazań naukowych zastósowano, zniewala mnie do podzielenia całego, dość licznego zastępu przypadków zaćmy, zgodnie z przyjętym powszechnie zwyczajem na pojedyńcze gromady.

Podawszy zatém naprzód ogólną liczbę operowanych i operacyj zastanowię się następnie szczegółowo:

A. nad przypadkami zaćmy samorodnéj niepowikłanéj operowanéj za pomocą wydobycia sposobem obwodowym linowym Graefego.

B. zdam sprawę z zaćm powikłanych, szczątkowych, urazowych i wszystkich innych operowanych różnemi sposobami.

W ciągu tego sprawozdania nastręczy się niejednokrotnie sposobność podania do wiadomości czytelników zmian, które w zabiegu operacyjnym z biegiem czasu i postępem nauki próbować, a ostatecznie przyjąć lub odrzucić wypadło, tudzież pomówienia o ważniejszych spostrzeżeniach i doświadczeniach, mogących się przyczynić w czémkolwiek czy to do dokładniejszego poznania i wyświecenia nie zupełnie wyjaśnionych zjawisk, czy téż do łatwiejszego i pewniejszego osiągnięcia pomyślnego skutku usiłowań leczniczych.

Ogólna ilość osób operowanych na zaćmę w ciągu podanego wyżéj czasu wynosiła 291, a mianowicie: 158 mężczyzn i 133 kobiét. Z tych operowano na jedném oku 184, na obu zaś 107; wykonano więc ogółem 398 różnych operacyj zaćmy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Zygmunt Dobieszewski (lekarz zdroj. w Marienbadzie): **Przewodnik do klimatycznego leczenia itd.** Warszawa 1878. Nakładem autora 8ka większa, 72 ark. drukiem str. 565.

Z przyjemnością witamy okazałe dzieło Dra D., które ze wszech miar zasługuje na bliższe nad niém zastanowienie się.

Nie tylko w naszém piśmiennictwie lekarskiém, ale nawet w literaturze zagranicznéj, klimatoterapija nie jest należycie uwzględnioną i umiejętnie opracowaną, pomimo niezmiernéj ważności leczeń klimatycznych w terapii chorób przewlekłych. Pochodzi to z wielkich, dotychczas nieusuniętych trudności, napotykanych w przedstawieniu odwieczněj a nowéj téj gałęzi przyrodniczego lecznictwa, jako całości zostającéj w organicznym związku zarówno z zasadami meteorologii i klimatologii jak i teoryjami spółczesnéj fizyjologii i patologii, oraz zadaniami rozumowego leczenia chorób przewlekłych, które w miarę wikłania się spółeczno-ekonomicznych stosunków nowszych czasów występują w coraz to nowych kształtach.

Wzmiankowane trudności w dziedzinie klimatoterapii są tak liczne, że niepodobna wszystkich ich wyliczyć w têm miejscu. Namienię przeto tylko o najważniejszych. Najpierw mimo licznych prac piętrzących się niemal z dniem każdym, nie mamy dotychczas szczegółowéj klimatografii, która zawsze stanowić będzie podstawę dla klimatologii, stósowanej do celów lekarskich. Powtóre brak jest ścisłych doświadczeń fizyjologiczno-patologicznych co do działania szczegółowych

czynników a raczéj pierwiastków klimatycznych, oraz różnych klimatów na ustrój zdrowego i chorego człowieka. Słowem nie dostaje umiejętnych podstaw do ustanowienia ścisłych wskazań i przeciwwskazań dla szczegółowych miejsc klimatycznego leczenia czyli tak zwanych stacyj klimatycznych, oraz podstaw do ustanowienia umiejętnego podziału klimatów z klinicznego stanowiska.

Owe niedostatki są zarazem programem dla budowy ścisłéj umiejętnéj klimatoterapii w przyszłości.

Skutkiem tych okoliczności istnieje w klimatoterapii istny labirynt empirycznych wiadomości, owych „swoistych właściwości“ różnych stacyj zimowych i letnich, po którym błądząc nawet przy pomocy myśli przewodnich rzuconych przez przedstawicieli ścisłéj umiejętnéj klimatoterapii (A. Mühry'ego, H. E. Richtera, Vivenota, Brauna,) nie można trafić do celu, co odstręcza i zniechęca lekarzy praktycznych do zajmowania się tą nauką, mimo że jéj zasady stosują w codziennéj praktyce. Jeden tylko Biermann usiłował mojém zdaniem pokonać wzmiankowane trudności kreśląc zasady racyjonalnéj klimatoterapii w sposób umiejętny, czego dość szczęśliwie lubo nie bez zarzutów dokonał.

Nasz autor zręcznie ominął owe trudności krocząc po drodze że tak powiem empiryczn̄éj, turystycznéj, utorowanéj pracami Siegmunda, Reimera, Krahmera, francuskich autorów Lombarda i Carriera, oraz angielskich klimatoterapeutów Clarka, Benneta, Burgesa i innych, którzy lekarzom ułatwili ocenienie i wybór uzdrowisk klimatycznych za pomocą sumiennie zebranych faktów empirycznych odnoszących się do takich uzdrowisk.

Dzieło kol. Dobieszewskiego napisane wyłącznie w celu praktyczno-lekarskim, jak autor nas zapewnia. ma wyższość nad wzmiankowanemi pracami, opisuje bowiem wszystkie stacyje klimatyczne, a takiego podręcznika dotychczas w żadném piśmiennictwie nie mamy.

Opis szczegółowych miejscowości dla leczeń klimatycznych poprzedza autor ogólnemi wiadomościami (str. 5—43), w których najprzód pobieżnie wspomina o klimatycznych zmiennikach (modyfikatorach), a następnie przystępuje do skreślenia wpływu pierwiastków klimatycznych i różnych klimatów na ustrój ludzki w stanie zdrowia i choroby, opierając swe wywody głównie na francuskich źródłach. Jakkolwiek cel jasno przez autora wytknięty dostatecznie tłumaczy sposób traktowania przedmiotu, to jednak dzieło kol. Dobieszewskiego wiele zyskałoby na wartości i tak niezaprzeczonéj, gdyby autor używane do dziś dnia wyrażenia i określenia empiryczne oparł na przyrodniczych podstawach. W dzisiejszych czasach pojęcie miejscowości dla leczeń klimatycznych znacznie się rozszerzyło. Przez nie nie rozumiemy jak dawniéj wyłą-nie stacyj klimatycznych w pojęciu angielskich klimatoterapeutów, lecz każdą miejscowość posiadającą świeże, czyste powietrze oraz warunki tak dobrze przez Schreibera skreślone (*Ueber das Wesen klimatischer Kuren* str. 67, 1876). Ztąd wypadało przy sposobności określić zdrowotne wzory szczegółowych klimatów (klimatu leśnego, kl. dolin, kl. podgórskiego, górskiego i jego odmian, wreszcie klimatu morskiego i jego odmian), oraz opisać ich działanie na ustrój, jak to uczynił autor mówiąc w ogóle o klimacie górskim i morskim, które ściśle rzecz biorąc w oderwaném znaczeniu nie istnieją. Uwagi te jednak nie są zarzutami tylko rzeczą osobistego zapatrywania.

Stacyje klimatyczne dzieli autor ze stanowiska leczniczego na morskie i górskie, oraz zimowe i letnie. W każdym z tych głównych działów trzyma się porządku geograficznego, to jest opisuje szczegółowe stacyje klimatyczne według krajów (str. 44—537), poprzedzając te opisy ogólnemi uwagami o klimacie pewnego kraju. Nie przeczę, że taki podział ma praktyczne zalety; jednakowoż czyby nie lepiéj uwydatniła się godna pochwały myśl autora uogólniania szczegółów (str. 44), gdyby przechodził stacyje klimatyczne według okręgów klimatycznych a nie krajów, jak to zaleca Lorenz i Roth (*Lehrb. der Klimatologie*). Przez to dzieło Dra D. wiele zyskałoby pod względem dydaktycznym i umiejętnym, a zarazem spełniłoby się życzenie autora uogólnienia poglądu na całość przedmiotu, usunięcia chaosu z ogromu tegoż, ułatwienia spamiętania cech charakterystycznych pewnego działu klimatycznego. Autorowi i z tego względu nie można czynić właściwego zarzutu, sam bowiem uznaje tę zasadę dzieląc kraje na klimatyczne okręgi, lubo zasady téj nie przeprowadza przez całe dzieło.

W opisie szczegółowych stacyj klimatycznych kol. D. zwraca szczególną uwagę na topografiję miejscowości, o czém dotychczas powszechnie zapomniano. Przez uwzględnienie tego momentu autor o wiele przewyższył innych autorów, lekarzy zaś praktycznych zaznajomił z miejscowemi tajnikami ku wielkiemu ich pożytkowi, zwracając ich uwagę na ekspozycyję i ochronę od wiatrów różnych miejsc jednéj i téj saméj miejscowości. Po opisie topograficznym autor podaje ogólne cechy klimatu, przytacza spostrzeżenia meteorologiczne, opisuje roślinność, wygląd mieszkańców, pomieszczenie i rozrywki, pomoc lekarską, wreszcie wyszczególnia wskazania i przeciwskazania dla stacyi klimatycznéj. W krótkim artykule niepodobna uwydatnić zalet lub wytknąć wady szczegółowych opisów każdéj stacyi klimatycznéj. W ogóle można powiedzieć, iż opis jest owocem godnéj podziwu pracy, która jasno wykazuje niepospolitą znajomość piśmiennictwa klimatycznego oraz krytyczny zmysł autora. Potrafił on bowiem z tysięcy dzieł, rozpraw i broszur, rozmaitéj wartości, wybrać najwięcéj zasługujące na wiarę i zestawić treściwy a dokładny rys każdéj stacyi klimatycznéj, co nie jest rzeczą łatwą.

W pracy leksykograficznéj takich rozmiarów niepodobna było uniknąć drobnych usterków, jak przepomnienie o niektórych stacyjach, np. o Szmeksie (*Neu Tatrafüred, klinische u. therapeut. Studie v. Dr. N. Szontagh. Budapest 1877*), pewnéj niejednostajności w układzie tablic meteorologicznych, którą utrudnia ich porównanie itd. Usterki te niczém są jednak w obec praktycznych zalet roztrząsanego dzieła.

Pomimo, że autor pisał tylko „Przewodnik dla klimatycznego leczenia,“ to jednak nie zapomniał o podziale stacyj klimatycznych według ich leczniczych własności, to jest na stacyje z klimatem, 1) łagodzącym i lekko krzepiącym; 2) z klimatem krzepiącym i lekko pobudzającym; 3) z klimatem mocno krzepiącym i mocno pobudzającym. Podział ten jest sprawiedliwym; szkoda tylko, że w dziele tego rodzaju nie mógł być umiejętnie uzasadniony. Również autor nie pominął klimatologii klinicznéj, zamieszczając za wzorem Biermanna rozdział: „Jakich chorych i do których stacyj klimatycznych wysyłać należy.“ I tutaj nie będziemy robić żadnych zarzutów; jest to bowiem dziedzina osobistych poglądów a dyskusyja w tym przedmiocie wymagałaby osobnéj rozprawy. — Wreszcie rozdział o urządzeniu podróży i pobytu w stacyjach klimatycznych uzupełnia praktyczne cele roztrząsanego dzieła.

Lekarz praktyczny z przewodnikiem kol. Dobieszewskiego śmiało może wędrować po całéj Europie, a choćby nawet nie podróżował, jest wszędzie jakby w domu. Ma w nim podane wskazówki do najodpowiedniejszego wyboru stacyj klimatycznych, z uwzględnieniem indywidualnych właściwości okresu choroby i chorego, dowie się z niego gdzie i w jaki sposób ma przysłać chorego, jakich może spodziewać się skutków, słowem lekarze praktyczni powinni być wdzięczni Dr. D., że obdarzył ich przewodnikiem po istnym labiryncie najsprzeczniejszych sądów.

Sposób wykładu jest ścisły a przyjemny, właściwy autorowi, język w ogóle poprawny, przyczem nie popadł on w przesadę bezwzględnego spolszczenia nazw obcych, lubo co do niektórych nie można się zgodzić z autorem np. na nazwę „nietykalność“ zamiast „naturalna ochrona“ *(immunitas.)*

Dzieło w mowie będące ofiarowane prof. Chałubińskiemu, wielkiemu zwolennikowi leczeń klimatycznych w uzdrowiskach krajowych, wydał kol. D. własnym nakładem, będąc niejako pewnym, że koszta wydawnictwa nie będą pokryte. Jest to w każdym razie godna uznania zasługa.

Z tych powodów polecam „Przewodnik dla leczeń klimatycznych,“ lekarzom praktycznym, jako niezbędny w codziennéj praktyce. Dziwić się tylko wypada, że dzieło niezaprzeczonéj wartości, jedyne w swoim rodzaju, nie znalazło podobno w drodze prenumeraty takiego poparcia, jak na nie zasługuje. *Dr. Lutostański.*

Bouchard: **O niebezpieczeństwie podawania niektórych leków w cierpieniach nerek.**

Od dawna już wielu autorów wspominało o objawach otrucia albo przypadkach śmierci przy zadawaniu niektórych leków silnie działających nawet w niewielkich dawkach, jeżeli nerki były chorobowo zmienione. Beauvais, Todd i Dickinson zauważyli trudniejsze wydzielanie z ustroju wraz z moczem dzielniejszych środków jak makowca, rtęci itd. u cierpiących na białkomocz. Charcot i Bouchard zwrócili uwagę, o ile należy być ostrożnym przy podawaniu nawet małych dawek przetworów makowca w chorobie Brighta, sprowadza on bowiem bardzo często niepokojące objawy mózgowe, a nawet zdaje się, że w kilku razach wywołał przypady mocznicy. Także i przetwory ołowiowe zadawane w dawkach leczniczych mogą być przyczyną pojawów otrucia, jak to się np. zdarzyło u człowieka cierpiącego na dnę, leczonego przetworem ołowiu w celu uśmierzenia i zatamowania krwotoku, a gdzie w krótkim czasie nastąpiła niemoc i kolka ołowiowa, wraz z cierpieniem dziąseł wskazującém ogólne otrucie ołowiem. Rtęć według Garroda i Price Johnesa sprowadza rychléj ślinotok u cierpiących na dnę, niż u innych chorych. Niedostateczność wydzielania się terpentyny, asparginy drogami moczowemi stosuje się do tychże samych przypadków (Hahn cytowany przez Guilberta. *Traité de la goutte* 1820). Charcot potwierdza także to zdanie a Bouchard nowemi licznemi doświadczeniami rozwinął tę kwestyję w ostatnich latach podając bardzo ciekawe spostrzeżenia w tym względzie. Chauvet w swéj rozprawie inauguralnéj z przeszłego roku p. t. *„Du danger des medicamentes actifs dans les cas de lésions rénales.“* (Sprawozdanie Dra Gajkiewicza w „Medycynie“ Nr. 45, 1877 r.) dowodził na nowo rychłego czyli prawidłowego, lub opóźnionego więc chorobliwego wydzielania niektórych substancyj przez nerki. I tak: siarkan chininu okazywał się w moczu u osoby będącéj w stanie zupełnego zdrowia w 25 minut po zastrzyknięciu go pod skórę. Zupełne wydalenie go z moczem z ustroju trwało w przecięciu od 3ch do 4ch dni. Znajdowano wtedy w moczu $1/3$—$1/4$ części siarkanu chininu w stosunku do całości zastrzykniętego lub strawionego przetworu.

Przy zmianach chorobowych w nerkach wydzielanie chininu trwa rozmaicie a ilość wydalona nie przedstawia więcéj nad $1/10$ do $1/50$ części przetworu przyswojonego. Bromek potasowy u chorych na nérki pozostawał w ustroju 30—35 dni, tymczasem u zdrowych wydalenie tegoż z moczem trwało tylko około 20tu dni.

Takiż sam rezultat daje i jodek potasowy. Po zadaniu 2·0 jodku nie zauważano ani śladu jego u zdrowéj osoby po 3ch dniach. Przeciwnie przy białkomoczu wydalanie przetworu jodu trwa 5—7—12 dni.

Przy oględzinach pośmiertnych osób zmarłych na mocznicę w następstwie zadawania rtęci lub z powodu otrucia ołowiem znajdowano ilości bardzo wyraźne rtęci i ołowiu w nérkach. W tych więc przypadkach nagromadzenie się rtęci i ołowiu w ustroju sprowadziło zatrucie temi metalami i zaostrzyło chorobę nerek, a w następstwie czego nastąpiło zatrzymanie mocznika i innych materyj zwykle z moczem wydzielanych, a które sprowadziły mocznicę.

Dwa spostrzeżenia przytoczone w téj rozprawie odnośnie do rtęci dowodzą, jak należy być ostrożnym w zadawaniu tego środka a przytém świadczą o konieczności ścisłego badania nerek i moczu. Obaj chorzy zmarli. Jeden po 3ch wtarciach szaruchy, drugi po przyżeganiu azotanem rtęci. Znaleziono rtęć w mózgu i nerkach chorobowo stwardniałych.

Salicylan sodowy podany w dawce 8·0 wydala się ze zdrowego ustroju po 40—65 godzinach, w przypadku cierpienia nerek znajdowano go w moczu jeszcze 5go i 6go dnia. Nakoniec niedawno spostrzegano przypady otrucia atropinem u chorego dotkniętego gruźlicą narządów moczo-płciowych, u którego stósowano atropin lecząc zapalenie tęczówki.

Z tych względów zaleca Bouchard, aby przed zadawaniem leków silniéj działających zbadać dokładnie mocz a tém samém przekonać się o stanie nerek, gdyż choroby nerek robią trującemi te leki nawet w małych dawkach podawane. Wreszcie radzi i lekarzom sądowym aby w swych sprawozdaniach mianowicie o otruciach zbadali dokładnie stan nerek, gdyż przypadki śmierci przez nieostrożność *(homicides par imprudence)* mogą zdarzać się u ludzi ze zmienionemi chorobą nerkami, zwłaszcza po zadawaniu makowca. *(Gaz. des Hôp.* Nr. 23, 1878). *Dr. M. Ż.*

Haenisch: **Znakiem wczesnym suchot zniżenie obojczyków.**

Dr. H. zauważał za pomocą stetografu, że rozszerzanie się szczytów płucnych zmniejsza się, gdy takowe są chore i że ono jest zawsze mniejsze po stronie choréj. Przedstawia on także w rozpoznawaniu początkowéj gruźlicy pewien znak wskazywany już przez Aufrechta. Koniec obojczyka przyczepiony do wyrostka szczytowego łopatki winien być wyżéj położony, aniżeli koniec mostkowy. Jeżeli się on obniża, to znaczy że pole oddechowe ścieśniło się z téj strony. Jeżeli znajdzie się obydwa końce obojczykowe na jednéj powierz-

chni, winno się wtedy podejrzywać gruźlicę, a głównie wtedy, jeżeli są i inne objawy niepokojące. *(Gaz. des Hôp.* Nr. 32, 1878.) *Dr. M. Ż.*

Seguin, Schätzke: **Leczenie bólu połowiczego głowy.**

Seguin zachwala środek dawniéj już przez Greena polecony, a mianowicie *Cannabis Jndica.* Kobietom daje po 0·02 wyciągu wyskokowego w pigułkach 3 razy dziennie przed jedzeniem, stopniując dawkę po kilku tygodniach do 0·03. Mężczyźni rozpoczynają od 0·03 i dochodzą do 0.045. Główną jest rzeczą, aby chorzy zażywali regularnie i przez czas długi; mimo to nie zauważano przykrych objawów pobocznych. — Schaetzke zaś zaleca *Natrum salicylicum* po 2 gramy w niepełnéj szklance wody ocukrzonéj na raz jeden w początkach napadu i środek ten poczytuje jako nie zawodzący. *(Berl. klin. Woch.* 1878, Nr. 15). *L. B.*

Neftel (w Nowym Yorku): **Przyczynek do etyjologii padaczki.**

Doświadczenia przez Westphala czynione wykazały, że u świnek morskich można wywołać padaczkę przez uderzenia narzędziem tępém w głowę zadane; jednak Westphal zastrzega się przed stósowaniem tego wyniku doświadczalnego do etyjologii padaczki u ludzi, ponieważ nie widział nigdy przypadku, w którymby napady epileptyczne występowały po wstrząśnieniu mózgowém. Natomiast Leyden, a zwłaszcza Nothnagel, opisują przypadki epilepsyi u ludzi, powstałéj skutkiem upadnięcia na głowę. Podobny przypadek bardzo ciekawy opisuje i Neftel; młody prawnik doznawszy wstrząśnienia mózgowego skutkiem kilku uderzeń otrzymanych w głowę za pomocą gałki ołowianéj od laski popadł następnie w epilepsyję, podczas gdy nie było objawów, świadczyć mogących o anatomicznych zmianach w mózgu. Młodzieniec nie był dziedzicznie usposobionym do nerwic, a przed obrażeniem był całkiem zdrów i bardzo uzdolniony do zawodu swego. Leczenie prądem galwanicznym wywołało znaczne polepszenie. N. zwraca uwagę, czy téż w wielu przypadkach obrażenia głowy skutkiem upadnięcia lub spadnięcia u dzieci małych nie stają się przyczyną epilepsyi, i czy leczenie galwaniczne i w innych przypadkach epilepsyi nie okazałoby się zbawiennem. *(Archiv. f. Psychiatrie u. Nervenkr.* VII, 1, p. 124—139). *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sekcyja higijeniczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie Isze z dnia 28go lutego 1877 r.

Przewodniczący prof. Dr. Janikowski. Obecnych członków 12 i 3 gości.

Po przywitaniu przez Przewodniczącego obecnych gości dyrektor instytutu przemysłowo-technicznego p. Ziembiński przystąpił do zapowiedzianego wykładu i mówił o dotychczas znanych przyrządach ostrzegających o wszczynającym się pożarze. wykazał ich wady, to jest niepewność w działaniu, skomplikowane urządzenie a ztąd ich kosztowność, poczém przystąpił do okazania przyrządu własnego pomysłu, który jest daleko prostszy, tani, w działaniu prawie niezawodny, bo sygnalizujący uszkodzenia, które się mogą przypadkowo wydarzyć. Prelegent przedstawił ten przyrząd w kilku odmianach; pierwsza z nich polega na rozszerzalności powietrza. Przyrząd można nastawić na dowolną ciepłotę, jednakowoż w pewnych tylko granicach, gdyż takowa zależną jest od ciśnienia powietrza (stanu barometru), w któréj przyrząd działa. Drugi aparat polega na parowaniu siarczku węgla, lub eteru, i działa niemal niezawiśle od stanu barometrycznego, w ciepłocie od 34 do 44° C. Trzecia odmiana polega na stapianiu się cienkiego drucika w ciepłocie 63° C. Następnie wykazał prelegent różnicę w działaniu powyższych przyrządów. Ostatni z nich jest zdaniem jego najprostszy i najtańszy, lecz po każdém działaniu wymaga założenia nowego łatwo topliwego drucika. Pierwsze zaś dwa powracają po działaniu, to jest po obniżeniu się ciepłoty, do normalnego stanu. Wszystkie przedstawione przyrządy były urządzone i zastósowane na odległość sygnalizowania przeszło jednego kilometru. Bateryja galwaniczna mimoto składała się tylko z dwóch elementów Leclancha i jednego bardzo stałego elementu Meidingera. Koszta urządzenia tych przyrządów są mniejsze od innych tego rodzaju, ponieważ wszystkie przyrządy połączone są jednym drutem. Nadto zużycie bateryi jest bardzo małe, aparaty nie ulegają żadnéj zmianie, choćby po najdłuższém ich użyciu.

W ożywionéj rozprawie w tym przedmiocie brali udział prawie wszyscy obecni członkowie. Prof. Kuczyński wykazał, iż wprawdzie myśl sygnalizowania podwyższonéj ciepłoty za pomocą prądu elektrycznego nie jest nową, albowiem istnieje znaczna liczba przyrządów do tego celu służących. Opisał następnie takie przyrządy, między innemi przyrząd powszechnie używany w obserwatoryjach astronomicznych, który na wzór telegrafu wskazuje ciepłotę powietrza każdéj chwili i przyznał, iż sposób zastosowania powyższéj myśli oraz zaprowadzone ulepszenia nadają przyrządowi p. Ziembińskiego znamię wyższości nad dotychczas znanemi a to głównie z tego powodu, iż ostrzega on zarazem o uszkodzeniu przyrządu, co jest bardzo ważném. Prof. Olszewski jest zdania, że w okazanych przyrządach zepsucie jest bardzo łatwe, a powtóre, że po osłabnięciu bateryi dzwonkowéj przyrząd nie będzie sygnalizował ognia. W odpowiedzi namienia p. Ziembiński, że takich uszkodzeń nie można brać w rachubę, tak samo jak nie można uwzględnić przypadku, gdyby ktoś rozmyślnie usunął np. dzwonek z tego przyrządu. Wyjaśnia daléj, że wszystkie części całego urządzenia znajdują się pod ścisłym nadzorem w zamknięciu, części zaś zewnętrzne jak drut, przechodzący przez wszystkie lokale do miejsca, w którém znajduje się dzwonek: bateryje, tudzież rozmieszczone wszędzie „strażniki" nie mogą być przerwane lub stłuczone bez wprawienia w ruch dzwonka sygnalizującego. Prof. Grabowski opowiada o podobnych przyrządach, używanych w pracowniach chemicznych.

Przedmiot ten ratownictwa ogniowego dał następnie powód do rozpraw mających bezpośredni związek z higijeną. Prof. Kuczyński opisał przyrządy ostrzegające o gromadzeniu się gazów szkodliwych, jakoto: bezwodnika węglowego i tlenku węgla.

Dr. Domański zapytuje się, czy nie można zastósować do potrzeb higijeny szpitalnéj przyrządów oznaczających ilość nagromadzonego w powietrzu sal bezwodnika węglowego, jakotéż przyrządów rejestrujących ciepłotę w celu utrzymania jéj na jednostajnéj stopie w tychże izbach. W odpowiedzi na rzucone pomysły odpowiada kol. Lutostański, iż dotychczas nigdzie nie zastosowono takich przyrządów w szpitalach. Trudno przypuścić, aby przyrządy ostrzegające o gromadzeniu się gazów szkodliwych (CO_2 i CO) mogły mieć praktyczne zastósowanie w szpitalach z powodu małych dopuszczalnych ilości takowych. Jak wiadomo wartość graniczną dla dobrego powietrza stanowi u CO_2 1 na tysiąc, a nawet według Degena i Chaumonta tylko 0·6 cz. na tysiąc bezwodnika węglowego. Takich małych ilości przyrządy wzmiankowane oznaczyć nie mogą. Co zaś do przyrządów rejestrujących ciepłotę sal, to mogą być zastósowane przy urządzeniach centralnego ogrzewania i wentylacyi. Żadnych jednak doświadczeń w téj mierze nie posiadamy. Dr. Kazimierz Grabowski wspomina, iż ilość zawartego bezwodnika węglowego w powietrzu przestrzeni zamkniętych służy jedynie za miarę zawartych w niém części organicznych. Zdarza się, iż powietrze zawiera więcéj bezwodnika węglowego nad oznaczone wartości a mimoto nie można uważać go za zepsute i odwrotnie. Przyrządy więc w mowie będące nie spełniałyby celu. P. Hoff rzuca myśl o zastóso-

waniu chlorku miedziowego do przyrządów ostrzegających o obecności tlenku węgla w powietrzu.

W końcu przystąpiono do wyboru przewodniczącego i sekretarza Sekcyi higijenicznéj na czas dalszy. Jednomyślny wybór powołał na przewodniczącego Dra Lutostańskiego, na sekretarza zaś lekarza miejskiego Dra Rybczyńskiego. Nowo obrany Przewodniczący dziękując za wybór mówił o zadaniach sekcyi higijenicznéj. Sekretarz *Dr. Rybczyński.*

Posiedzenie IIgie z dnia 19 marca 1878.

Przewodniczący: Dr. Lutostański. Obecnych członków 10.

Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia przewodniczący uzasadnia potrzebę rozszerzenia dotychczasowego zakresu działania sekcyi i przedkłada regulamin komisyi higijenicznéj, który przyjęty został.

Przewodniczący wnosi następnie zaproszenie na członków przybocznych p. Prezydenta miasta Dra Zyblikiewicza, b. wiceprezydenta miasta Dra Strzeleckiego, prof. Dra Kuczyńskiego, prof. Dra Rostafińskiego, naczelnika straży pożarnéj Eminowicza. Wybór ten sekcyja uchwala i postanawia przedstawić do potwierdzenia Tow. lek. krak.

Daléj uzasadnia potrzebę utworzenia w Krakowie stacyi doświadczalnéj dla badań higijenicznych.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera najprzód głos prof. Janikowski podnosząc praktyczność téj myśli ze względu, że nie potrzeba żadnych funduszów do jéj natychmiastowego uskutecznienia, gdy tymczasem gdzieindziéj jak np. w Warszawie obmyślają dopiero środki zebrania niezbędnych funduszów na założenie takiéj stacyi doświadczalnéj, poczém popiera rzuconą myśl i poczynione wnioski.

Wiceprezydent miasta Dr. Schmidt zgadzając się na wniosek wspomina najprzód, że nie byłoby trudném utworzenie stowarzyszenia higijenicznego. Drobne składki roczne stowarzyszonych służyłyby na pokrycie wydatków stacyi doświadczalnéj, jak to ma miejsce w Kolonii, Hanowerze i w innych miastach niemieckich. Zapytuje się atoli, co byłoby lepszém, czy utworzenie takiego stowarzyszenia, czy też utworzenie związkowéj stacyi doświadczalnéj podług podanych przez przewodniczącego zasad. Po odpowiedzi prof. Janikowskiego i przemówieniu Dra Kazim. Grabowskiego, przewodniczący zwraca uwagę na ważność poruszonéj przez Dra Schmidta myśli, która zajmowała i zajmuje sekcyję higijeniczną od lat dwóch. Z uwagi jednak na trudności, jakie niewątpliwie napotyka się przy tworzeniu takiego stowarzyszenia, mniema, że myśl rzuconą przez Dra Schmidta należy uważać za wniosek samoistny dążący do rozszerzenia działalności sekcyi w tym kierunku, poczém czyni 2 wnioski: 1) wybrania komitetu, któryby zajął się ułożeniem prac i regulaminu związkowéj stacyi doświadczalnéj dla badań higijenicznych. Wniosek ten sekcyja uchwala i postanawia zaprosić do niéj proff. Stopczańskiego, Julijana Grabowskiego, Olszewskiego, Rostafińskiego, Dra Kazimierz Grabowskiego, prof. Hoffa i wnioskodawcę. 2) wybrania komitetu, któryby zastanowił się nad sposobami rozszerzenia i rozpowszechnienia działania sekcyi higijenicznéj. Wniosek ten również uchwalono i wybrano Dra Schmidta jako wnioskodawcę, prof. Janikowskiego i budowniczego pana Łuszczkiewicza.

Wreszcie przewodniczący odczytuje pierwszą część swéj rozprawy o ścianach, wyprawie tychże, pomalowaniu i obiciach pokojowych ze stanowiska zdrowotnego, tudzież okazuje doświadczenia dotyczące przenikliwości dla powietrza rozmaitych materyjałów budowlanych. Rozprawa ta wkrótce drukiem ogłoszoną zostanie.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Rybczyński, sekretarz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 18 kwietnia. W urzędowéj *Gazecie Lwowskiéj* (z d. 13 b. m. Nr. 101) znajdujemy następujące ogłoszenie konkursu.

„L. 2455. W celu przeprowadzenia sankcyjonowanéj najwyższém postanowieniem z dnia 11 listopada 1877 reorganizacyi publicznéj służby zdrowia przy władzach politycznych w królestwie Galicyi i Lodomoryi z W. księstwem krakowskiém, rozpisuje się niniejszém konkurs do obsadzenia następujących posad:

a) 22 lekarzy powiatowych z rangą IX klasy,
b) 33 lekarzy powiatowych z rangą X klasy,
c) 11 asystentów sanitarnych.

Z posadą lekarza powiatowego połączone są pobory systemizowane dla odnośnéj klasy rangi ustawą z dnia 15 kwietnia 1873 (l. 47 dz. u. p.), z asystentów zaś sześciu pobierać będzie adjutum w kwocie rocznych 600 zł., a pięciu takież adjutum w kwocie 500 zł. w. a.

Posady lekarzy powiatowych ustanowione będą na teraz przy starostwach w Białéj, Bochni, Borszczowie, Brodach, Brzeżanach, Buczaczu, Cieszanowie, Czortkowie, Dobromilu, Dolinie, Drohobyczu, Gorlicach, Gródku, Horodence, Husiatynie, Jarosławiu, Jaśle, Jaworowie, Kałuszu, Kamionce strumiłowéj, Kołomyi, Kossowie, Krakowie, Krośnie, Łańcucie, Lisku, Lwowie, Mielcu, Nadwórnéj, Nisku, Nowym Sączu, Nowymtargu, Pilźnie, Przemyślu, Przemyślanach, Rawie, Rohatynie, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Skałacie, Sokalu, Śniatynie, Stanisławowie, Stryju, Tarnobrzegu, Tarnopolu, Tarnowie, Tłumaczu, Turce, Wadowicach, Zaleszczykach, Zbarażu, Żółkwi i Złoczowie, zaś posady asystentów przy starostwach w Bóbrce, Bohorodczanach, Brzozowie, Chrzanowie, Dąbrowéj, Kolbuszowéj, Limanowéj, Myślenicach, Podhajcach, Starém-mieście i Żydaczowie.

Ubiegający się o te posady winni wnieść podania swoje zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wskazane ustawą z dnia 21 marca 1873, l. 37 dz. ust. państwa, najdaléj do 10 maja r. b. do c. k. Prezydyjum Namiestnictwa, a to lekarze zostający już w publicznéj służbie sanitarnéj przez swoją władzę, inni zaś kompetenci bezpośrednio. Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa. We Lwowie dnia 11 kwietnia 1878“.

Tym sposobem oddawna zapowiedziana i oczekiwana organizacyja publicznéj służby zdrowia stanie się faktem i w Galicyi, wprawdzie o lat kilka później, aniżeli w innych krajach koronnych, ale przyznać musimy, że kraj nasz na zwłoce zyskał o tyle, o ile w porównaniu z innemi krajami koronnemi otrzymuje większą liczbę urzędników zdrowia. Zwłoka w ogóle była wynikiem niemożebności pogodzenia ze sobą żądania ministerstwa spraw wewn., aby liczba lekarzy powiatowych w Galicyi dotąd 74 wynosząca znacznie zredukowaną została, z oświadczeniem śp. Namiestnika Gołuchowskiego, że z istniejących posad lekarskich w Galicyi żadnéj nie uważa za zbyteczną. Na *non possumus* władz galicyjskich ministerstwo odpowiedziało swojém: my możemy czekać. I czekało, aż w zaprowadzonéj tymczasem nowéj instytucyi asystentów sanitarnych, oraz w degradowaniu większéj połowy lekarzy powiatowych do niższej (Xtéj) rangi służbowéj nie znalazło środka, aby pogodzić zasadę oszczędności z zasadą bronioną przez władzę krajową. Jeżeli zważymy, że lekarz, czy on będzie lekarzem powiatowym wyższéj lub niższéj rangi, lub asystentem sanitarnym, pełnić będzie obowiązki jedne i te same, to przyznać należy, że jakkolwiek liczba urzędników lekarskich z 74 przecież zredukowaną została do 66, to jednak redukcyja ta nie jest wielkiéj wagi, jeżeli wszędzie miano na oku większą łatwość komunikacyi za pomocą kolei żelaznych lub z powodu nie wielkiéj odległości jednego miejsca od drugiego, jak np. między Krakowem a Wieliczką, między Białą a Żywcem. Tak więc z 74 powiatów, na które Galicyja się rozpada, 55 powiatów będzie siedzibą lekarzy powiatowych (przyczém zaszła jeszcze zmiana, iż zamiast Birczy siedzibą lekarza powiatowego od roku jest Dobromil), 11 powiatów siedzibą asystentów sanitarnych, a 8 miejsc powiatowych, jakoto: Brzesko, Grybów, Mościska, Ropczyce, Rudki, Trębowla, Wieliczka i Żywiec pod względem zdrowotnym połączonych będzie z powiatami sąsiedniemi, czyli tworzyć będzie wraz z ostatniemi wspólny powiat zdrowotny *(Sanitätsbezirk).*

Pod względem liczby urzędników lekarskich kraj zatém nie doznał znaczniejszego uszczerbku; natomiast uszczerbek widoczny jest po stronie lekarzy, ponieważ $^3/_5$ lekarzy powiatowych umieszczone zostały w niższéj randze; nadto powstała nowa kategoryja pełniących obowiązki lekarzy powiatowych, tj. asystentów sanitarnych, którzy bez rangi i bez płacy

stałéj, li za roczną zapomogą 5—600 złr. w. a. nie będą asystować starszym kolegom (jakby po ich nazwie spodziewać się wypadało), lecz sprawować obowiązki dawniejszych lekarzy powiatowych przy starostwach, które odtąd nie będą siedzibą fizyków. Powtarzamy więc, że na téj zmianie nie kraj ale lekarze tracą, ale mniejsza o to, od czasu gdy p. minister spraw wewnętrznych wyrzekł pamiętne słowa, że i tak znajdzie aż nadto dosyć lekarzy, ci ostatni wiedzieli, czego się spodziewać mają.

Ale daleko ważniejszą jest teraz kwestyja nadania posad. Od należytego obsadzenia zależy pomyślność kraju pod względem zdrowotnym na długie lata. Spodziewamy się, że po usunięciu się kolegów, którzy służbę swoją już ukończyli lub takowéj dla nadwątlonego zdrowia lub braku kwalifikacyi pełnić nie mogą, pozostanie dość znaczna ilość miejsc na nowo obsadzić się mających. Wyrażamy tylko życzenie powszechne, jeżeli się oświadczamy za tém, że pierwszeństwo należy się tym kolegom, którzy mogą wykazać się z odbytego egzaminu na fizyków, i że dopiero po nich zasługują na uwzględnienie ci, którzy z jakiegokolwiekbądź powodu uzyskali uwolnienie od tego egzaminu. Zdawałoby się wprawdzie zbyteczném dodać, że wymagać należy i gruntownéj znajomości języka polskiego, a przecież dodatek ten zdaje nam się być bardzo ważnym. Kraj ma prawo żądać, aby wszyscy lekarze rządowi nie tylko w podaniach swych twierdzili, że władają językiem urzędowym, ale aby go istotnie umieli; że dotąd rzecz inaczéj się miała, powszechnie wiadomo; dosyć zajrzeć do aktów urzędowych, aby przekonać się, że niektórzy fizycy systematycznie posługują się językiem nieurzędowym, ponieważ urzędowego wcale nie znają.

Namiestnictwo ma trudne przed sobą zadanie, ale tuszymy sobie, że wywiąże się z niego dobrze i z korzyścią dla kraju, mając głównie na względzie zdolność kandydatów do sprawowania urzędu połączonego z tak wielką odpowiedzialnością.

* Egzaminy rządowe dla lekarzy i weterynarzy, ubiegających się o posadę rządową, odbędą się w drugiéj połowie maja rb., dla pierwszych w Krakowie, dla ostatnich we Lwowie (p. ogłoszenia).

* Z 5go sprawozdania komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie za r. 1877, które nas właśnie dochodzi, dowiadujemy się, że N. Pan postanowieniem z d. 16 grudnia 1876 r. zezwolił na udzielenie szpitalowi św. Ludwika zapomogi w kwocie 15,000 złr. w. a. z dochodów najbliższéj dobroczynnéj loteryi państwowéj, oraz że wydział krajowy zgodził się z wnioskiem komitetu Tow., iż do szpitala św. Ludwika można przyjmować chore dzieci, mniéj niż jeden rok liczące, które są odstawione od piersi, a tém samém kwalifikują się do sztucznego żywienia.

* W połowie maja rb. otwartym zostanie w Morszynie pod Stryjem zakład leczniczy dla cierpiących na choroby przewłoczne, głównie zaś piersiowe, na wzór zdrojowiska górskiego Dra Brehmera w Görbersdorfie na Szląsku pruskim. Lekarzem zakładu będzie Dr. Z. Dzikowski z Kałusza.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 13 (od 24 do 30 marca włącznie) umarło w Krakowie osób 58; 33 mężczyzn i 25 kobiet; 25 osób w obwodach i 33 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 54,7; we Lwowie 33,5; w Warszawie 33,7; w Poznaniu 26,2; we Wiedniu 36,3; w Budapeszcie 49,8; w Pradze 53,7; w Tryjeście 41,5; w Genewie 26,5; w Brukseli 31,1; w Paryżu 27,3; w Londynie 27,8; w Kopenhadze 28,8; w Chrystyjanii 22,8; w Petersburgu 59,1; w Odesie 40,7; w Wenecyi 43,9; w Bukareszcie 58,6; w Barcelonie 36,4; w Berlinie 29,3; w Monachijum 40,3; w Królewcu 38,2; w Augsburgu 49,1; w Strasburgu 44,7; w Dreźnie 28,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 16, mianowicie: z ospy 3 osoby nieszczepione, z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 8, z czerwonki 1, z posocznicy 1, z róży 1. Chorych na dur powrotny o wiele mniéj przybywa do szpitala i jest nadzieja, że epidemija tegoż już się przełamała, za to sąsiednie wioski zaczynają nim być nawiedzane.

W tygodniu 14 (od 31 marca do 6 kwietnia włącznie) umarło w Krakowie osób 54; 26 mężczyzn i 28 kobiet; 22 osób w obwodach i 32 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 51,0.

* **Heidelberg.** D. 1 bm. otwartą została nowa klinika dla chorób ocznych, pod kierownictwem prof. Beckera pozostająca.

* **Mianowania i odznaczenia.** W miejsce zmarłego Dra Blessiga starszym lekarzem w szpitalu chorób ocznych w Petersburgu mianowany został Dr. J. Magawly.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Bartmański przeniósł się z Leżajska do Przeworska.

W skutek porozumienia się z kolegami zamieszkałymi tak w Galicyi, jak w innych częściach kraju, i odpowiednio wyrażonemu ze wszystkich stron zapatrywaniu, Wydział gospodarczy IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje niniejszém do wiadomości, że Zjazd rzeczony w roku bieżącym nie odbędzie się.

* **Sprostowanie.** W Nr. 15 Przegl. Lek. str. 187, szpalcie 2giéj w. 23 od dołu zamiast 40 gr. powinno być 4·0 gr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 2629 pr.

OBWIESZCZENIE.

W myśl rozporządzenia wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 odbędą się w drugiéj połowie Maja 1878 egzamina przepisane ustawą z dnia 21 Marca 1873 L. 37, dz. ust. p. celem uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Podania o przypuszczenie do tych egzaminów, zaopatrzone w dowody przepisane §. 7 a względnie 17 powołanéj ustawy, wniesione być mają najdaléj do końca Kwietnia rb. do c. k. Prezydyjum Namiestnictwa we Lwowie za pośrednictwem przynależnego Starostwa.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.
We Lwowie d. 11 kwietnia 1878.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 zlr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	" 4 " 40 "	" " " 3 "	" 9 "	" 12 "
Kwartalnie	" 2 " 20 "	" " " $1\frac{1}{2}$ "	" $4\frac{1}{2}$ "	" 6 "

Kraków, 27 Kwietnia 1878. № 17. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

A. Zaćmy samorodne niepowiklane *(Catarracta spontanea non complicata).*

Tą postacią zaćmy dotkniętych operowano mężczyzn 124, kobiet 111, razem 235. Z nieco mniejszéj ilości kobiet (47·23%) nie można bynajmniéj wnosić, że u nas mężczyzni (52·77%) częściéj od nich podlegają téj zaćmie. Taką, a nawet znacznie większą przewagę mężczyzn znachodzimy we wszystkich zakładach okulistycznych. Zjawisko to spotykamy w klinikach Arlta, Hasnera i Jaegera, a zestawiając ich liczby otrzymujemy 1288 mężczyzn na 972 kobiet, a więc stosunek mniéj więcéj jak 4 do 3, a ma on przyczynę w tém, że w uboższych warstwach ludności zawisło utrzymanie rodziny głównie od zdolności zarobkowania mężczyzny. Utraciwszy takową stara się on zatém odzyskać ją nakładem nawet znacznych stosunkowo kosztów dalekiéj częstokroć podróży, na które zdobyć się mogą ci ludzie ubodzy zazwyczaj tylko z największém wysileniem. Podobny stosunek liczebny płci obojéj zachodzi zresztą co do chorych na oczy w ogólności, tak w mojéj jak i w innych klinikach okulistycznych.

Z tych 235 osób pochodziło (według miejsca stałego zamieszkania) z Krakowa 19, z W. Ks. krakowskiego i Galicyi zachodniéj 165, z Galicyi wschodniéj 18, z Królestwa polskiego 20, ze Szląska austryjackiego 9, z Węgier 2, z Wołynia 1, z Morawy 1.

Pod względem stanu i zatrudnienia było: Wieśniaków i wieśniaczek 118, handlarzy i handlarek 24, mieszczan i mieszczek 16, wyrobników i wyrobnic 14, kupców 6, oficyjalistów prywatnych 5, wdów po urzędnikach 4, gospodyń 4, urzędników 3, faktorów 3, arendarzów 3, służące 3, piekarzów 2, kowalów 2, blacharzy 2, z ochrony kalek i starców 2, obywatel wiejski 1, ks. kapelan wojskowy 1, traktyjernik 1, kucharz 1, belfer 1, szewc 1, kominiarz 1, budnik kolejowy 1, postrzygacz sukna 1, snycerz 1, górnik 1, żona tkacza 1, żona tercyjana1, bez zatrudnienia 8.

Ogólna ilość operowanych jest zbyt małą, ażeby uprawniała do wyprowadzenia wniosków pod względem wpływu zatrudnienia na powstawanie zaćmy samorodnéj, pozwolę sobie tylko podnieść, że na 124 mężczyzn jest 5 (2 piekarzy, 2 kowali i 1 kucharz), których powołanie zmusza do pracy przy ogniu, co przy szczupléj ilości osób mających — zwłaszcza u nas — takie zatrudnienie potwierdza dawniejsze już spostrzeżenie, że praca przy ogniu usposabia do zaćmy.

Na 190 chrześcian było 45 starozakonnych (M. 27 K. 18), stanowią oni zatém z górą 19% operowanych, a tylko około 10% całéj ludności kraju; nie wnosiłbym jednak z tego, że częściéj od chrześcijan podlegają zaćmie (jak to niewątpliwie ma się co do jaskry), lecz, że będąc bardzo o swoje zdrowie dbali (po swojemu t. j. gdy je utracą), a przy tém ruchliwsi i rzutniejsi skorzéj i liczniéj szukają pomocy aniżeli lud wiejski, do którego większość chorych naszéj kliniki należy.

Pod względem wieku było:

Wiek	M.	K.	Razem	W %
15—20 l.	1	2	3	1·27
20—30	1	5	6	2·55
30—40	9	18	27	11·49
40—50	17	24	41	17·45
50—60	49	41	90	38·29
60—70	35	16	51	21·70
70—80	10	5	15	6·38
80—90	2	—	2	0·85
	124	111	235	99·98

Najmłodsza z operowanych miała 19, najstarszy 89 lat wieku.

Względnie największa ilość operowanych przypada więc na szósty dziesiątek lat. Szybkie zmniejszanie się odsetki operowanych po 60tym roku życia odpowiada mniejszéj ilości ludzi dochodzących w ogólności tak późnego wieku. Uderzająco wysoką odsetkę (44·14%) kobiét operowanych przed 50tym rokiem życia w porównaniu z mężczyznami (22·58%) starałem się ile możności wytłumaczyć w piérwszéj części téj pracy.

Na jedném oku operowano 151 osób (70 m. 81 k.), na obu oczach 84 (54 m. 30 k.); wykonano zatém ogółem 319 operacyj.

Z 84 operowanych na obu oczach wykonano obie operacyje za jednym pobytem w klinice u 52, za dwukrotnym pobytem u 32 osób.

Należąc z przekonania do operatorów, którzy w razie dojrzałości zaćmy na obu oczach nie zdejmują jéj równocześnie (w jedném posiedzeniu), lecz drugą dopiéro po upływie pewnego czasu z powodów znanych, których nie widzę potrzeby przytaczać i rozbierać na tém miejscu, wykonałem wyjątkowo pod wpływem naglących okoliczności operacyję obuoczną równoczesną tylko u dwóch osób; u reszty zaś 50 chorych, którzy w ciągu jednego pobytu poddali się operacyi obuocznéj wykonywałem operacyję drugą dopiero po upływie najmniéj ośmiu, najczęściéj atoli dopiero dziesięciu do czternastu i więcéj dni.

Pobyt chorych w klinice przedłużał się wprawdzie skutkiem takiego postępowania, ale za to wynagradzały tę stratę czasu z jednéj strony znane korzyści operacyi nierównoczesnéj, z drugiéj zaś strony nie wydarzył się ani jeden przypadek obłędu, ściekowego zapalenia płuc itp. następstw niezbyt rzadkich, jeżeli operując zaledwie w kilka dni po pierwszém oko drugie nie da się ludziom wiekowym czasu do wypoczęcia po pierwszéj operacyi, lecz skazuje się ich na dłuższe bez przerwy leżenie z oczyma zawiązanemi. Zaledwie kilku było takich chorych, którzy przyjęci do kliniki z zaćmą dojrzałą obuoczną i odzyskawszy wzrok na jedném oku, zrzekli się operacyi drugiego. Ale gdyby nawet liczba ich była o wiele większą, nie widziałbym w tém jak Schiess powodu do wykonywania równoczesnego operacyi obu zaćm, trzymając się zasady *„beneficia nemini obtruduntur,“* a zgadzając się w téj mierze w zupełności z trafną uwagą Hirschberga, że zaćmy nie są na to, abyśmy je operowali, lecz my od tego, aby je w razie potrzeby operować.

Pod względem okresu rozwoju było zaćm:

Niedojrzałych	15	czyli	4·70%
Dojrzałych	162	„	50·78%
Przejrzałych zwyczajnych	130	„	44·51%
„ Morgagniego	12		

Na 142 zaćm przejrzałych była w 46 przypadkach i torebka przodkowa w mniejszéj lub większéj rozległości zaćmiona *(Cataracta capsulo-lenticularis hypermatura)*.

Jakkolwiek przyznać trzeba, że dojrzałość zaćmy ma nieco mniejszy wpływ na pomyślny wynik operacyi odkąd ją uskuteczniamy sposobem obwodowym liniowym Graefego, a to z powodu, iż pozostawienie szczątków zaćmy w oku pociąga za sobą w ogólności rzadziéj i mniéj złowrogie skutki aniżeli po dawném wydobyciu płatowém, przestrzegałem przecież o ile tylko można było dojrzałości zaćmy ze względu, że ona nie tylko prawidłowe wykonanie operacyi, zwłaszcza zaś dokładne, a przy tym sposobie operowania w ogólności trudne oczyszczenie źrenicy ułatwia, ale i na ostateczny wynik co do bystrości wzroku odzyskanego korzystnie wpływa.

Wyjątkowo atoli operowałem, jak z powyższego wykazu powziąć można i zaćmy, chociaż już dość daleko posunięte ale przecież niedojrzałe. Takiego wyjątku od zasady dopuszczałem się tylko pod naciskiem tak ważnych okoliczności, jak bardzo powolny rozwój zaćmy, na któréj dojrzenie chory czekaćby musiał długie jeszcze lata z przytępieniem wzroku czyniącym go niezdolnym do pracy chlebodajnéj, lub niemożność przedsięwzięcia powtórnéj a dalszéj podróży, któréj koszta ubogi chory poniósł już i ten raz tylko z wielkim dla siebie uszczerbkiem.

W dwóch (z 15) przypadkach zaćmy niedojrzałéj uciekłem się w ostatnich latach w celu zmniejszenia niebezpieczeństwa operacyi do sprowadzenia sztucznéj dojrzałości sposobem już dawniéj znanym, a ponownie przez Moorena z Düsseldorfu z pewną zmianą zaleconym: Irydektomia — w 3 do 4 tygodni później rozcięcie torebki, a następnie po dokładném zaćmieniu się soczewki (w kilkanaście dni) wydobycie zaćmy. *(Ophthalmologische Mittheilungen von A. Mooren 1874* str. 73). — Tak w tych dwóch przypadkach jak i w trzecim, nie objętym tém sprawozdaniem, jako operowanym już w roku bieżącym, osiągnąłem wypadek pomyślny (mianowicie S $^6/_{12}$, $\frac{20}{70}$ i $^6/_{60}$).

Zdaje się więc, że ten sposób postępowania może być zaleconym w przypadkach, w których zaćmę niedojrzałą z konieczności operować wypadnie.

W powyższém zestawieniu zaćm pod względem okresu ich rozwoju uderzyć musi każdego wielka ilość zaćm przejrzałych (44.51%), ilość tak wielka, jakiéj nie napotykamy w sprawozdaniach z innych zakładów. Przyczyna tego zjawiska tkwi niezawodnie w ubóstwie i niezaradném niedbalstwie o zdrowie tych warstw ludności, które dostarczają głównego kontyngensu chorych do naszych klinik. Ludzie ci ociemniawszy na jedno oko nie pomyślą — częstokroć dla braku funduszu na podróż — o szukaniu pomocy, dopóki ich do tego nie zmusi ostateczna konieczność t. j. niezdolność do pracy w skutku zaćmy oka drugiego. Dopiero wtenczas przybywają do kliniki z zaćmą na oku późniejszém najczęściéj jeszcze niedojrzałą, a za to już przejrzałą na oku dawniéj ociemniałém, które się téż przedmiotem operacyi staje. Zresztą przybyło do kliniki 20 osób t. j. prawie 9% z zaćmami na obu oczach już przejrzałemi.

Wszystkie 319 zaćm wydobyto sposobem obwodowym liniowym Graefego.

Na osiągnięcie pomyślnego wyniku operacyi składa się mnóstwo czynników i okoliczności, które zmienić nie zawsze jest w mocy operatora. Wiek i temperament chorego, stan jego zdrowia ogólnego i stan oka samego, okres rozwoju zaćmy, jéj jakość itd. są czynnikami, które jużto ułatwiają, już téż utrudniają prawidłowe wykonanie saméj operacyi, albo téż wpływają na przebieg sprawy gojenia po urazie operacyjnym, bądź co bądź mniéj więcéj ciężkim. Nie zaprzeczając wpływowi rzeczonych czynników, cokolwiekbądź drugorzędnych, przyznać jednakże trzeba, że największéj pod tym względem wagi jest prawidłowe, zręczne i delikatne wykonanie saméj operacyi bez przygód jakie każdemu, najwprawniejszemu nawet operatorowi przy największéj uwadze, przy każdym sposobie operowania wydarzyć się mogą i zawsze wydarzać będą, zwłaszcza przy obecności jednéj, a tém bardziéj przy zbiegu kilku powyżéj wymienionych okoliczności niepomyślnych.

Doświadczenie oparte na rozległéj, bo tysiące operacyj obejmującéj statystyce wykazało atoli, że przy równych

wszystkich innych warunkach, tak ze strony chorego samego, jego oka i zaćmy, jak ze strony operatora otrzymuje się za pomocą różnych sposobów wydobycia zaćmy bardzo różne wyniki. Nie zamierzam bynajmniéj rozbierać szczegółowo i oceniać tutaj względnéj wartości różnych sposobów wydobywania zaćmy, a namienię tylko, że jestem stanowczym zwolennikiem sposobu obwodowego liniowego Graefego, który w ostatnim lat dziesiątku wyrugował dawny sposób wydobywania za pomocą cięcia płatowego do tego stopnia, że zaledwie kilku znakomitych okulistów hołduje dotąd dawnéj metodzie.

Nie mogę i niechcę zaprzeczać, że sposób Graefego nie jest — jak nareszcie żaden inny — zupełnie wolnym od wszelkich zarzutów, że nawet w porównaniu ze sposobem płatowym ma on pewne słabe strony, ale bez zaślepienia przyznać mu przecież koniecznie należy znakomite zalety i piérwszeństwo nad sposobem płatowym. Pomijając już drugorzędne, chociaż ważne i cenne korzyści, do których zaliczam krótsze trwanie sprawy gojenia i mniejsze — tak co do stopnia jak i co do czasu — wymagania pod względem spokojnego zachowania się chorego po operacyi, ma on tę wielką wyższość nad wydobyciem płatowém, że daje znacznie większą od niego odsetkę pomyślnych wypadków, a prócz tego, że ostateczny wynik bez porównania więcéj zawisł od wykonania samejże operacyi. Podczas gdy po wydobyciu płatowém wcale nierzadko wydarzały się przypadki zupełnego niepowodzenia po operacyi ze wszechmiar wzorowo wykonanéj i pomimo wszelkich najpomyślniejszych warunków ze strony chorego, to zawodu takiego po nienagannie wykonaném wydobyciu Graefego doświadczamy bez porównania rzadziéj, chociaż nawet chory niedopisze w zupełności pod tym lub owym względem.

Jest to zaleta nieoceniona, bo zabezpieczając operatorowi większą niezawisłość od chorego i zbiegu nieprzyjaznych okoliczności daje mu tę pewność, że chociaż nie bezwzględnie, to przecież w wysokim stopniu ma w swoim ręku ostateczny wypadek swoich usiłowań. Tę zaletę i lepsze w ogólności wypadki zawdzięcza sposób Graefego z jednéj strony obwodowemu (w znacznéj części twardówkowemu) położeniu i liniowéj postaci rany, z drugiéj zaś strony płatowi spojówkowemu, który pokrywając ranę ułatwia i przyśpiesza jéj gojenie się.

Tych kilka słów wystarczy, jak sądzę, na uzasadnienie, jeżeliby w ogólności jeszcze potrzebném było — dla czego od początku mojego zawodu klinicznego porzuciłem dawny sposób płatowy, zastępując go sposobem Graefego we wszystkich przypadkach zaćmy samorodnéj niepowikłanéj z jądrem twardém. Zanim nacechuję moje stanowisko w obec nowszych sposobów wydobywania zaćmy, pozwolę sobie zdać pierwéj sprawę z wykonanych operacyj i osiągniętych wypadków. Wróćmy zatém do naszych chorych.

Do operacyi przystępuję zazwyczaj dopiero, gdy chory przez jakie dwie lub trzy doby wypocznie w klinice z trudów podróży i oswoi się z warunkami nowego pobytu. Całe przygotowanie polega obecnie na zadaniu choremu w przeddzień operacyi olejku rącznikowego; dawniéj zapuszczałem przed operacyją jak wszyscy inni operatorowie kilkakrotnie rozczyn atropinu (1 : 120), aby źrenicę jak najmocniéj rozszerzyć; nabywszy jednak przekonania, że zbezwładnienie tęczówki przez atropin sprzyja jéj opadaniu w ranę, wykonywałem dla próby już dawniéj niektóre, a od października 1877 wszystkie operacyje przy źrenicy wązkiéj. Uskuteczniwszy w ten sposób do chwili gdy to piszę 35 operacyj zapewnić mogę, że wązkość źrenicy nie utrudnia dokładnego wykonania operacyi, a nie upośledzona dzielność mięśni tęczówkowych przynosi tę ogromną korzyść, że opadnięcie i wrośnięcie tęczówki w ranę — w następstwach swoich jak wiadomo wcale nieobojętne tak pod względem saméj sprawy gojenia, jako téż pod względem przyszłych losów oka — ze zjawiska wcale nierzadkiego staje się wyjątkowém. Na 35 ócz operowanych przy wązkiéj źrenicy wydarzyło się tylko jeden raz i to nieznaczne zagłobienie tęczówki. Gdy jednakże dokładne rozpoznanie zaćmy pod względem okresu jéj rozwoju, twardości i wielkości jądra, stanu torebki itd., tak ważne dla operatora, nie może się obejść bez rozszerzenia źrenicy, postępuję więc obecnie tak, że zaraz za pojawieniem się chorego w klinice ruchoméj zapuszcza mu się bardzo słaby rozczyn atropinu (1 : 1000), którego działanie do chwili operacyi przemija tak, że kurczliwość tęczówki jest już przywróconą. Rozczynu ezerynu zaleconego przez Weckera nie używam przed operacyją, a zaraz po niéj tylko wyjątkowo w razie szczególnych wskazań.

Podczas operacyi, którą wykonywam w sali wykładowéj, leży chory na krześle operacyjném z przyrządem do ustalania głowy, na którém wiozą go po operacyi aż do samego łóżka. Prowadząc cięcie na oku prawém ręką lewą i odwrotnie, siedzę bez względu na to, czy oko jest prawe czy lewe, zawsze i przez cały ciąg operacyi po prawéj stronie chorego i nieco przed nim, tak że światło wpada z tyłu i od mojéj lewéj ręki. Powieki i gałkę oczną ustalam zwykłym sposobem; chloroformu ani żadnych innych środków odurzających nie używam u dorosłych nigdy. W ostatnich czasach polecam chorym, aby przez czas pobytu w klinice aż do operacyi ćwiczyli się w kierowaniu i spokojném trzymaniu oka ku dołowi i znajduję, że im to o wiele ułatwia należyte zachowanie się podczas operacyi. W piérwszych latach prowadziłem cięcie ściśléj według przepisów Graefego, przy czém środek ranki przypadał jeszcze w obręb rogówki, a płat spojówkowy tworzył się tylko w obu końcach ranki.

Nabrawszy przekonania, że mniéj zależy na ściśle liniowym przebiegu cięcia, aniżeli na wycięciu płata spojówkowego i na takich rozmiarach chociaż lekko łukowatéj ranki, aby przez nią największa twarda zaćma wysunąć się mogła z łatwością bez oderwania się okruchów kory i ugniecenia brzegów ranki, zacząłem późniéj wkłówać (i wykłówać) koniec noża w twardówkę cokolwiek niżéj (t. j. bliżéj poziomego przekroju oka), a zarazem cokolwiek daléj od brzegu rogówki i suwać nóż aż do ukończenia cięcia w płaszczyznie podstawy rogówki nie skręcając ostrza po wykłóciu końca wcale lub tylko o tyle ku przodowi, ile potrzeba żeby środek cięcia przypadł na sam brzeg rogówkowo-twardówkowy lub cokolwiek (0.5 mm.) w samą twardówkę. W ten sposób zbliżyłem się bardzo do sposobu prowadzenia cięcia, jaki zaleca mój czcigodny nauczyciel Arlt w klasycznéj swojéj nauce o operacyjach ocznych *(Handbuch der gesammten Augenheilkunde redigirt von A. Graefe und Th. Saemisch,* tom III. str. 294 i nast.*)*, a który to sposób przyjąłem od roku 1874 w zupełności.

Mimo całéj usilności i wielkiéj wagi, jaką zawsze przywięzywałem do jak najdokładniejszego wycięcia tęczówki, wydarzało mi się w początkach mojego zawodu dość często zagłobienie i wrośnięcie tejże w rankę, dopóki trzymałem się w téj mierze przepisu Graefego, dopiéro od czasu gdy zacząłem tęczówkę wycinać sposobem ulepszonym przez Arlta

(tamże str. 298), stało się to zjawisko znacznie rzadszém, a prawdziwą rzadkością od czasu jak operuję bez atropinu.

Operacyja odbyła się prawidłowo, to jest bez wprowadzenia jakichkolwiek narzędzi wyciągających zaćmę, bez upływu ciałka szklanego, bez znaczniejszego krwotoku, pozostawienia w oku większych szczątków zaćmy itp. przygód 269 razy t. j. w 84·33% wszystkich operacyj; zboczenia zaś w przebiegu operacyi pod tym lub owym, lub kilkoma na raz względami wydarzyły się w 50 przypadkach t. j. w 15·67%.

Na 15 zaćm niedojrz. była operac. nieprawidł 2 r. (13·33%).
„ 162 „ dojrzal. „ „ „ 17 r. (10·49%).
„ 142 „ przejrzal. „ „ „ 31 r. (21·83%).

Pomijając zaćmy niedojrzałe jako nie dość liczne, wynika z tego zestawienia jasno, że przejrzałość zaćmy utrudnia prawidłowe wykonanie operacyi, a gdy to jest jednym z najwalniejszych warunków pomyślnego skutku, wpływa tém samém niekorzystnie na rokowanie. Jakoż rzeczywiście z 269 ócz prawidłowo operowanych staciło wzrok niepowrotnie 9 t. j. 3·34%. Dwoje ócz prócz tego nie odzyskalo jeszcze wzroku w chwili gdy chorzy opuszczali klinikę, chociaż była wszelka nadzieja po temu; razem było więc 4·09% niepowodzeń. Tymczasem na 50 ócz przy których operacyi zaszły zboczenia stracilo wzrok 7 t. j. 14% — wszystkie bez żadnéj nadziei.

Zastanawiając się nad zboczeniami od prawidłowego przebiegu operacyi na pierwszém miejscu wymienić należy:

Upływ ciałka szklanego. Należy on niezawodnie do najważniejszych, w ciężkie następstwa płodnych, a w pewnych warunkach trudnych do uniknięcia nieprawidłowości przy wydobywaniu zaćmy. Przypadek ten wydarzył się 35 razy*) (10·97% wszystkich operacyj), a mianowicie odpłynęła 18 razy bardzo mała, 12 razy mierna, a 5 razy znaczniéjsza ilość ciałka szklanego.

Oprócz wielu innych przyczyn usposabia do téj nieprawidłowości przejrzałość zaćmy, i gdyby nie zbyt wielka powyżéj podana ilość takich zaćm, mielibyśmy znacznie mniejszą odsetkę téj przygody, gdyż na 162 zaćm dojrzałych wydarzyła się 13 (8.02%) razy, na 142 zaćm przejrzalych zaś 22 (15·49%) razy. Znaczenie tego przypadku zawisło prócz innych okoliczności przeważnie od tego, czy się wydarzy przed, podczas lub już po wydaleniu zaćmy z oka. Najniebezpieczniejszym jest upływ ciałka szklanego wtenczas, gdy nastąpi już przed wydaleniem zaćmy, nie mówiąc już bowiem o trudności, a niekiedy nawet o zupełném niepodobieństwie dokładnego oczyszczenia źrenicy, nakazuje on wstrzymać się od wszelkiego ucisku wywieranego w prawidłowym przebiegu operacyi na oko w celu wyparcia soczewki, a zmusza do użycia jednego z narzędzi wyciągających, sprowadza więc za sobą koniecznie drugą i to wcale nieobojętną nieprawidłowość. Na 35 przypadków wystąpiło ciałko szklane 10 razy przed soczewką, 14 razy równocześnie z nią, a 11 razy już po niéj. Z pierwszych 10 ócz nie odzyskało wzroku 2 t. j. 20%, z reszty zaś tylko jedno czyli 4%, co wymownie świadczy o bardzo różném znaczeniu tego przypadku, w miarę tego kiedy się wydarzy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

*) Graefe miał z początku 14, później 6, w końcu tylko 4%. Knapp miał w pierwszéj setce operacyj 25, w drugiéj 18, w trzeciéj 9, w czwartéj i piątéj 13, a więc w przecięciu 15·6% upływu ciałka szklanego.

II. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego.

O uwięzgnieniach wewnętrznych w skutek zwężlenia jelit *(nodus intestinalis)* powstałych.

(Rzecz przedstawiona w Tow. lek. galic.)

Opisał Dr. **Longin Feigel**,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Przypadki podobne do opisanego były do roku 1860 zupełnie nieznane, a dotychczas są też bardzo rzadkie; wedle dokładnéj statystyki Leichtensterna bowiem liczba ogłoszonych dotychczas przypadków tego rodzaju i podobnych dochodzi do sześciu. Przy szczuplejszych środkach znalazłem w tutejszych księgozbiorach tylko 5 podobnych przypadków, a to opisanych przez Rokitańskiego (l. c.), Eamera *(Case of W. Byrne: Ileus. Med. Presse and Circular Oct. 21 1868, Virch. Jahresb. 1868 II)*, Taylora *(Intestin. obstruct. from a knot. on the lower part of the ileum. Brit med. Journ. July 29 1870)*, Panasa *(Cas d'occlusion intestin. produite par le renversem. d'une anse de l'ileon sur elle méme, Gaz. des Hôp. Nr. 90, 1871)*, i Leichtensterna (l. c.); szósty zaś może opisał Sewruk w Moskwie w r. 1859, dzieła jednak jego dostać nie mogłem. Z tych przypadek Leichtensterna był o tyle innym, że tu jedna z pętel była przyczepioną do bramy przepukliny pachwinowéj, tworzyła więc oś nieruchomą, około któréj druga pętla okręciła się, podchodząc pod nią do miednicy małéj, gdzie leżała jako sina, na wpół zgorzelinowa masa, ciężarem swym dokonywając uwięzgnięcia.

Wszystkie dotychczas znane przypadki, z wyjątkiem przypadku Taylora, wydarzyły się u mężczyzn. Przypadek opisany byłby więc drugim dopiero znanym u kobiety.

Śmierć w przypadku Taylora nastąpiła w 13 dni, w przypadku Panasa w 5 dni, w naszym przypadku w 3 dni po wystąpieniu pierwszych objawów wewnętrznego uwięzgnięcia.

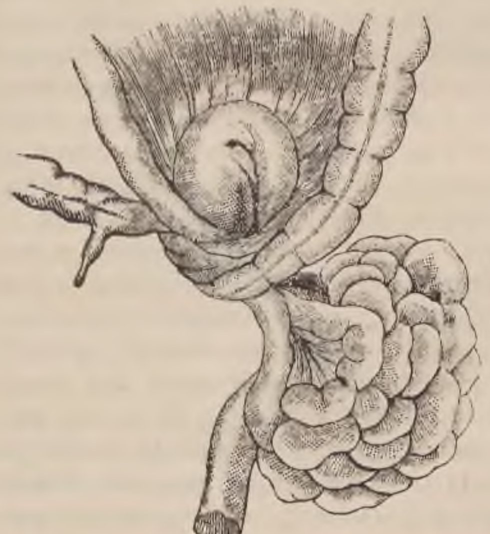
Na uwagach tych kończymy opis tego przypadku zamawiając sobie bliższe omówienie takich zboczeń w ogóle po opisaniu przypadku drugiego.

II.

Splątanie wielkiej pętli jelita biodrowego z małą wtórorzędną pętlą zakrzywienia esowatego i zwężlenie takowych, przy okręceniu jelit w 2ch miejscach około połowy swéj osi.

Maryja Sokopowa l. 66 przybyła na oddział chorób skórnych Dra Chądzyńskiego dnia 7go listopada 1876 r. z zapaleniem różycowém *(Erysipelas)* nogi i podudzia lewego. Dnia 9go listopada żali się chora, że od 2 dni cierpi na zaparcie stolca. Badanie przedsięwzięte okazuje brzuch za dotykiem twardawy, niebolesny, język obłożony, stan bezgorączkowy. Zalecono olejek rącznikowy i lewatywy ze solą i mydłem. Stolce jednak do wieczora dn. 9 list. nie nastąpiły, powtórzono więc powtórnie te same środki. Brzuch przy badaniu wieczorném tegoż dnia nieco wzdęty, przy dotyku bolesny, nad jelitem esowatém wypuk stłumiony. Tętno drobne 90 na minutę; róża na nodze wzmaga się. Dnia 10 listopada o godzinie 6téj z rana chora umarła.

Sekcyja wykonana dnia 11 listopada 1876 r. wykazała: Zwłoki kobiety wzrostu średniego, krępéj budowy ciała, dość dobrze odżywione. Ściany brzuszne wydęte, podszyte dość grubą podściółką tłuszczową, nad którą skóra pomarszczona, ściany zaś mięsne mocno naprężone i wysklepione, szczególnie w dolnéj części lewéj połowy brzucha. Po otwarciu jamy brzusznéj uderza przedewszystkiém niejednostajne zabarwienie jelit; podczas kiedy bowiem jelita leżące po stronie prawéj i w górnéj części jamy brzusznéj są blade, nawet niedokrewne, w lewéj dolnéj części leżą jelita ciemno-fijoletowo-czerwone, znacznie rozdęte i naprężone. Odchyliwszy różniące się tak jelita od siebie napotykamy w głębi pomiędzy niemi w okolicy wzgórka krzyżowego *(promontorium)* i nieco nad nim węzeł zbity, utworzony z postronkowato wyciągniętych spłaszczonych i bladych jelit, śrubowato około siebie okręcających się. Po za tym węzłem i nad nim występuje szczytem ku górze i ku stronie prawéj zwrócona niewielka pętla, 10 cm. wysoka, ciemno-czerwono zabarwiona; po stronie zaś lewéj i ku dołowi odchodzi od tegoż węzła druga pętla ciemno fijoletowo zabarwiona, która licznemi skrętami swojemi zajmuje całe podbrzusze lewe i pokrywa opisany węzeł od przodu, dołu i z lewéj strony, podczas gdy takowy od góry i od strony prawéj pokryty jest częścią szczytem małéj pętli powyż opisanej, częścią wolnemi blademi splotami jelita czczego. Fig. A.



Do węzła tego, oddalonego od kątnicy 8 cm., wchodzą od strony prawéj i od góry 2 jelita, mianowicie zaś jelito biodrowe, które utworzywszy z drugiéj strony węzła tj. po stronie dolnéj lewéj pętlę, któréj długość jelita wynosi 314 cm., powraca w węźle napowrót nastronę prawą i przechodzi w dalszym ciągu w jelito czcze. Z lewéj zaś strony wchodzą do węzła również 2 jelita należące do zakrzywienia esowatego[1], które tworzą po stronie prawéj pętlę opisaną 10 cm. wysoką, w któréj długość jelita wynosi 35 cm. Przez sam środek węzła przechodzi nadto sieć wielka postronkowato zwinięta i mocno naprężona z powodu, iż dolny jéj koniec jest silnie przyrośnięty do dna macicy; pociągając za górny lub dolny koniec postronka tego daje on się w węźle ku górze i dołowi chociaż z trudnością przesuwać.

Ponieważ obie pętle splątane były przepełnione płynem obfitym nadzwyczaj silnie wzdęte i bębenkowato naprężone, a ztąd rozplątanie węzła niemożliwém, nakłóto przedewszystkiém jelita uwięzgnięte, przyczém z pętli górnéj i dolnéj wypłynęła stosunkowo ogromna ilość cieczy krwawéj ciemnoczerwonéj. Mimo to jednak węzeł był tak silnie zaciśnięty, a kreski pętel uwięzgniętych skutkiem licznych wybroczyn w utkaniu ich, tworzących liczne guzy skrzepłéj krwi do 4 cm. grube, tak obrzękłe, że wszelkie usiłowania rozplątania węzła w jamie brzusznéj okazały się bezowocnemi. Wyjęto tedy wszystkie jelita, z utrzymaniem ile możności tylnéj ściany otrzewny i utrzymaniem jelit w swém położeniu, z jamy brzusznéj, a i wtedy dopiero po mozolnych i długich zabiegach udało się węzeł rozwinąć. Wtedy okazały się następujące stosunki:

Długość jelita od odźwiernika do prostnicy wynosi 11·428 metra (36′2″). Z tego wypada na jelita cienkie 8·90 metra (28′2″), na jelita grube 2·528 mt. (8′). Jelito czcze posiada kreskę 15—18 cm. (6—7″) wysoką, w jelicie biodrowém uwięzgniętém dochodzi wysokośc kreski do 36 cm., przewyższa zatém znacznie zwykłą średnią wysokość kreski. Koniec jelita biodrowego jest od kątnicy na przestrzeni 6 cm. przyczepiony na kresce krótkiéj, szeroko przypłaszczonéj, zaledwie 3—4 cm. wysokiéj. Z jelita biodrowego jest część 314 cm. długa, a oddalona na 8 cm. od kątnicy w pętli, a tworzącéj opisany węzeł, uwięzgnięta. Zagięcie esowate powyż ujścia zewnętrznego prostnicy na 25 cm. wzniesione, ma długość 35 cm. Wysokość kreski od szyi takowéj do szczytu wynosi 12 cm., szerokość kreski blizko szczytu 7 cm, w szyi zaś tylko 4 cm., i to przy rozciągnięciu poprzecznem kreski. Całe to zagięcie od górnéj swéj granicy aż do dolnéj, od prostnicy, jest w węźle uwięzgnięte, tworząc jedną z opisanych pętel, tj. pętlę b. Fig. B.



Pętla jelita biodrowego (a) leży prawie poziomo, szczytem ku stronie lewéj i nieco ku dołowi zwrócona, a jelita tworzące ją są tak ułożone, że część górna w jelito czcze przechodząca leży z przodu, od dołu i z prawéj strony; część jelita dolna, ku kątnicy przebiegająca leży od góry, od tyłu i po lewéj stronie poprzedniego końca pętli; skutkiem tego kreska pierwszéj części jelita tj. górnéj jest odwinięta i załamana tak, że tylna jéj powierzchnia patrzy ku przodowi, tak samo i kreska jelita dolnego. Prócz tego zaś obie cewy pętli są w szyi skrzyżowane a ramię tylne téj pętli jest o połowę swéj osi przekręcone. Zupełnie podobnie ma się rzecz i w pętli drugiéj b. tj. w zagięciu esowatém; tu bowiem część górna, zwykle prawa zagięcia leży w dole i z lewéj strony; część zaś zwykle dolna i lewa, przechodząca w prostnicę, przesunęła się ku stronie prawéj i ku górze, tak że cewy zagięcia są w szyi skrzyżowane, a w tém miejscu jelito tylne jest około połowy swéj osi przekręcone, a kreska górnéj części odwinięta tworzy w miejscu załamania brzeg ostry, który po tylnéj części otrzewny przechodzi na takiż brzeg wytworzony skutkiem załamania się i odwrócenia kreski jelita biodrowego. Część ta otrzewny z tylnéj ściany brzusznéj nad samym wzgórkiem krzyżowym jest z powodu opisanego odwinięcia się kresek z obu stron, połączonego z napięciem takowych, również lekko wzniesiona od tylnéj ściany brzusznéj i tworzy niski, poprzecznie przechodzący brzeg ostry, ku przodowi napięty i spadający ku

górze i dołowi ku ścianom tylnym brzusznym. Na tym brzegu, który można na każdych zwłokach otrzymać, jeśli się kreskę dolnego jelita biodrowego napręży ku stronie prawéj, a kreskę zagięcia esowatego ku stronie lewéj, jak to w obecnym przypadku miało miejsce, spoczywa postronkowato zwinięte pasmo sieci wielkiéj, przebiegające od okrężnicy poprzecznéj do dna macicy. Jeżeli ułoży się, jak to przy tworzeniu węzła miało miejsce, pętlę zagięcia esowatego nad i przed szyją pętli biodrowéj, powstaje między tym brzegiem otrzewny tylnéj ściany brzusznéj a skrzyżowanemi pętlami otwór (o) w około zamknięty, w którym przebiega opisany postronek sieci, jak to widzimy przedstawione na fig. B. Skoro więc pętla jelita esowatego otoczyła szyję potężnéj pętli biodrowéj najpierw od góry, potém od przodu, następnie szczytem pod nią się podsunęła i przeszła nareszcie po za nią przez tak wytworzony otwór napowrót ku górze do jamy brzusznéj i na prawą stronę, zwężlenie było dokonane, a naciąganie silne szyi pętli biodrowéj pierwotnie równą oś stanowiącéj doprowadzić musiało wreszcie do pogięcia jéj takiego, że obie pętle owijają się wzajemnie śrubowato, jak to na węźle widzimy.

Ściany jelit zwężlonych są prócz zabarwienia opisanego fijoletowo-czerwonego zupełnie dobrze utrzymane, połyskujące. Błona śluzowa ich z wyjątkiem części w węźle uciskających się, cienkich, bladych, jest mocno obrzękła, ciemnoczerwona, jednak gładka.

Wolne od uwięzgnięcia jelita cienkie i jelita grube mają wejrzenie prawidłowe, a z wyjątkiem prostnicy są wypełnione mierną ilością płynów i miazgową treścią kałową. Ani na otrzewnéj, ani na błonie śluzowéj nie znaleziono zresztą śladów zapalnéj wypociny; w jamie miednicy małéj znajdowała się skąpa tylko ilość płynu czerwonawego, cienkiego, zresztą jama otrzewny była próżna. Zresztą znaleziono w zwłokach tylko zbrzęknienie ostre obu płuc i mózgu, sinicę i obrzęk surowiczy tkanki podskórnéj odnogi dolnéj prawéj po przebytéj róży.

S p o s ó b w y t w o r z e n i a s i ę zwężlenia tego możemy sobie wedle powyższego wytłumaczyć w następujący sposób, którego używa i Gruber *(Virch. Arch. f. path. Anat., Physiol. u. klin. Med. Bd. 48.)* do tłumaczenia podobnego przypadku: W ostatnich lub kilku poprzedzających dniach musiały niestrawne pokarmy wytworzyć w jelitach cienkich znaczną ilość gazów. Ponieważ jelito biodrowe jest w prawidłowych stosunkach cieńsze od jelit czczych, co przy zwykłych już stosunkach ułatwia szybsze przechodzenie treści w jelicie biodrowém, jakotéż skutkiem podniesionych ruchów robaczkowych w jelicie czczém, treść płynna i gazy zostały z niezwykłą szybkością nagromadzone w jelicie biodrowém, podczas gdy nie mogły w téj mierze z takowego być wydalonemi. To sprawiło nadmierne wydęcie jelita biodrowego, które w następstwie musiało wywołać położenie jelita biodrowego takie, jak przy sekcyi napotkane. Ponieważ bowiem jelito biodrowe i dolna część jelita czczego wisi na kresce przyczepionéj do tylnéj ściany brzusznéj ukośnie w kierunku od góry i lewéj strony na dół i w prawą stronę ku kątnicy, jelita odpowiednie musiały przed uwięzgnięciem wisieć na kresce w kształcie łuku ku dołowi i lewéj stronie skierowanego, którego odcinek górny tj. jelito czcze, leżało z lewéj strony i w górze, dolny zaś odcinek tj. jelito biodrowe, ułożone było z prawéj strony i od dołu. Z powodu nadmiernego napełnienia i ciężaru swego, jakotéż ruchów od góry na treść jego napierających, ramię wyższe lewe tych jelit usunęło się przed ramię prawe ku dołowi i ku prawéj stronie, podczas gdy ramię niższe prawe nie mogąc w zwykłém swém położeniu znaleść dostatecznego miejsca usunęło się ku górze i ku lewéj stronie, z tyłu od ramienia poprzedniego. Zmiana ta w ułożeniu jelit musiała za sobą pociągnąć i zmianę w ułożeniu dotyczących kresek tego rodzaju, że przednia powierzchnia kreski górnéj części tych jelit stała się teraz tylną, a powierzchnia jelita samego zwrócona ku tylowi i lewéj stronie, obecnie zwróciła się ku przodowi i prawéj stronie. Kreska zaś i powierzchnia dolnéj części jelita biodrowego, skierowane poprzednio ku przodowi i prawéj stronie, zwróciły się teraz ku tyłowi, lewéj stronie i ku górze. Skutkiem tego górny przedni koniec téj pętli, dokonywając zmiany téj w położeniu na większym łuku i stopniowo nie doznał przekręcenia około swéj osi, drugi zaś niższy, a obecnie tylny koniec téj części jelita został około połowy swéj osi okręconym. Nadto musiały się jelita te w pewném miejscu, które następnie przesunęło się jak najbardziéj do początku ich kreski, ze sobą skrzyżować. Zmiany te, tj. okręcenie jelita około swéj osi i skrzyżowanie wzajemne obu jelit w szyi pętli utworzonéj, musiały wywołać w téj części jelita znaczne upośledzenie krążenia zawartości gazowéj i kałowéj, pętla wytworzona musiała się powiększać i ułożyć się w położeniu najwygodniejszém, tj. szyją przed i nad wzgórkiem krzyżowym, szczytem przed prostnicą, w lewéj połowie jamy miednicy małéj. Z drugiéj strony widzieliśmy, że jelito grube tworzyło w tym przypadku niezwykle długie zakrzywienie esowate. Skutkiem ucisku, jaki wywierała pętla jelita biodrowego na prostnicę, musiała w jelicie esowatém nagromadzić się większa ilość treści płynnéj i gazowéj, skutkiem czego, jakotéż z powodu ucisku od dołu przez pętlę biodrową wywartego zagięcie esowate podsunęło się ku górze, szczytem zaś ułożyło się nad pętlą biodrową ku stronie prawéj, krzyżując takową w okolicy szyi. Przytém górne ramię zakrzywienia opadło z powodu ułożenia poziomego pętli i ciężaru swojego ku dołowi i ku lewéj stronie, załamując zarazem kreskę swoją tak, że tylna prawa jéj powierzchnia stała się przednią i lewą. Dolny zaś koniec pętli esowatéj został tém samém wysunięty ku górze i tyłowi tak daleko, o ile na to pozwalała kreska pętli esowatéj, przyczém musiało również jak to widzieliśmy w pętli biodrowéj nastąpić skręcenie dolnego końca pętli esowatéj o połowę swéj osi. Przy dalszém przepełnieniu i rozdęciu opadło zagięcie esowate szczytem pomiędzy szyją pętli biodrowéj a przednią ścianą brzuszną, przez co szyje obu pętel wywierały na siebie wzajemny ucisk i powiększały się coraz to bardziéj. Zakręty pętli biodrowéj wyparły więc wreszcie opadły ku dołowi koniec pętli esowatéj, który z powodu przypierających doń przednich ścian brzusznych niemógł się podnieść pod szyję pętli biodrowéj, a gdy i tu pętla esowata pozostawała pod uciskiem, wsunęła się ona szczytem w otwór opisany pomiędzy tylną ścianą brzuszną a skrzyżowaniem obu pętel (o) i wysunęła się przez takowy do jamy brzusznéj ku górze. Okręcenie w szyi obu pętel, ucisk wywarty na naczynia w węźle musiały teraz sprawić obrzmienie żylne w pętlach dochodzące do najwyższego stopnia, napełnienie jelit krwią wybroczoną i surowicą, wybroczyny opisane w utkaniu kresek, które sprawiły do reszty silne zaciśnięcie węzła wytworzonego do tego stopnia, w jakim je przy sekcyi napotkano.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. F. Presl: **Todtenbeschau etc. nach der östr. Gesetzgebung.** Prag 1878, Mercy, mala 8ka str. 231.

Autor będący lekarzem powiatowym w Czechach zestawił wszystkie ustawy, rozporządzenia i przepisy odnoszące się: 1) do oględzin pośmiertnych, (str. 1—134), 2) do ratowania pozornie zmarłych (str. 134—157), 3) do chowania zmarłych (str. 158—171), 4) do urządzenia cmentarzy (str. 172—210), oraz 5) do przewozu trupów (str. 210—223), począwszy od rozporządzenia z d. 2 kwietnia 1757 r. polecającego uskutecznianie cięcia cesarskiego na świeżo zmarłych kobietach brzemiennych aż do ostatnich przepisów wydanych w ciągu roku zeszłego. Zbiór ten mieszczący w sobie wszystko, co tylko odnosi się do kwestyj wspomnionych a więc nierównie obfitszy, aniżeli odnośny rozdział zbioru Obentrauta, z którego w roku przeszłym zdaliśmy sprawę w tygodniku naszym, ma wielką wartość dla wszystkich lekarzy austryjackich, zwłaszcza dla lekarzy rządowych i gminnych. Zwracając z tego powodu uwagę szan. kolegów na książeczkę, która właśnie się ukazała, a któréj wartość podnosi jeszcze dwojaki rejestr, a mianowicie chronologiczny i abecadłowy, dodajemy tylko, że rozporządzenia nie są podane luźnie lecz połączone ze sobą uwagami wydawcy, wytykającemi niedostatki oraz wady, których usunięcie jest pożądaném, oraz wskazówkami opartemi na podstawie doświadczenia. Na szczególną uwagę zasługują: najmłodsze rozporządzenie rządu krajowego szląskiego z d. 25 września 1877 r. pod względem oględzin pośmiertnych z dodatkami, mieszczącemi w sobie pouczenie co do rozpoznania śmierci pozornéj i rzeczywistéj (przyczém jednak zbyteczną przywiązano wagę do plamy twardówkowéj Larchera, która według naszego doświadczenia żadnego prawie nie ma znaczenia), do desinfekcyi itd.; rozporządzenie obowiązujące dla 3 głównych szpitali we Wiedniu; rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych i sprawiedliwości z d. 28 stycznia 1855 r. odnoszące się do sekcyj sądowych, podane w całéj rozciągłości, z którém lekarze sądowi, zwłaszcza początkujący, dokładniéj, aniżeli się to dotąd dzieje, zapoznawać się powinni; historyja rozporządzeń tyczących się chowania samobójców tak cywilnych jako wojskowych aż do ostatniego zgodnego z duchem czasu rozporządzenia z d. 28 sierpnia 1873 (względnie dla armii z d. 22 czerwca 1875 r.); rozporządzenie pod względem chowania zmarłych na centralnym cmentarzu wiedeńskim i w gminie Ottakring pod Wiedniem, mogące służyć za wzór dla innych cmentarzy itd. itd. — Jedném słowem w zbiorze tym wszystko jest pouczającém i ważném dla lekarza, który w danym razie nie potrzebuje szukać po rozmaitych, często nieprzystępnych zwłaszcza na prowincyi zbiorach ustaw i bez straty czasu może poinformować i dowiedzieć się rzeczy w praktyce niezbędnych. Cena również jest przystępną (1·45 zł. wraz z przesyłką pocztową przez księgarnię H. Dominicusa w Pradze czeskiéj). *L. B.*

Krzeszowice jako zakład lekarsko-zdrojowy wód siarczanych. Napisał Dr. Ściborowski in 8vo str. 151. Kraków 1878.

Książka przerzeczona stanowi monografiję Krzeszowic, zdrojowiska znanego już w 17ym stuleciu ze zwych skutków leczniczych.

W niéj podaje autor rys historyczny, literaturę, opisuje obszernie stosunki geologiczne Krzeszowic, korzystając z prac dawniejszych i nowszych uczonych.

W opisie zdrojów krzeszowickich przytacza badanie chemiczne źródeł dokonane przez śp. Aleksandrowicza, zastanawia się nad działaniem fizyjologiczném siarki i wody krzeszowickiéj, wylicza choroby, w których używanie wód siarczanych w ogólności a krzeszowickiéj w szczególności jest wskazane, opierając się na doświadczeniu Dietla i własném podaje uwagi co do zachowania się dyjetetycznego dla osób leczących się w Krzeszowicach, opisuje topografiję tego zdrojowiska, urządzenia miejscowe, ważniejsze budowle, nakoniec miejsca wycieczek w okolice przyległe. Część lekarska, która nas głównie obchodzi, zaznajamia lekarzy z działaniem i skutecznością zdrojów w rozmaitych niemocach; reszta zaś dziełka służyć może gościom kąpielowym za Vade mecum.

Opracowanie staranne, język gładki, jasny, poprawny i potoczysty, druk wyraźny, format dziełka zręczny cechują dziełko powyższe. *Dr. Warschauer.*

Langenbuch: **O odsłonięciu wielkich naczyń skutkiem owrzodzenia i o skuteczności chlorku zynku w takich razach.**

Autor miał sposobność w krótkim przeciągu czasu spostrzegać trzy przypadki, w których ważne naczynia krwionośne zostały odsłonięte skutkiem owrzodzenia. W trzecim z nich, który dotyczył 9cio letniéj dziewczynki okazującéj w głębi znacznego owrzodzenia na bocznéj okolicy szyjnéj *(ulcus rodens* czy *lupus exedens?)* tętnicę i żyłę szyjną jako ziarniną pokryte walce, użył L. sposobu podanego przez Königa przeciw zgorzeli szpitalnéj, a który miał sposobność wypróbować podczas wojny francusko-pruskiéj 1870 r. Polega on na tém, że się ranę wypycha drobnemi placuszkami w tęgim rozczynie chlorku zynku maczanéj a następnie dobrze wyciśniętéj skubanki. Na wierzch kładzie nieco waty i całe przytrzymuje opaską aż do dnia następnego. Skubanka ta łączy się z powierzchnią ranną bardzo ściśle i daje strup szczelnie do niéj przylegający. W powyższym przypadku odpadł strup 8go dnia i odtąd wypełniała się rana bujną ziarniną. W kilka miesięcy późniéj można było wyczuć tętnienie w miejscu, gdzie była odsłonięta tętnica szyjna, jakkolwiek po odejściu strupa wcale tętnienia widać nie było. — L. przytacza doświadczenia Bonneta, Brunsa, Gersunego i Gjorgicviča i w końcu wyraża swoje domysły, że tu nie działa chlorek jako taki, lecz przeważnie ucisk przez ściśle przylegający strup statecznie na odsłonięte naczynia wywarty. *(Volkmanns Sammlung klin. Vortr. 129).* *A. O.*

Wächter: **Otrucie arsenkiem trójwodu.**

Otrucia tym gazem zdarzały się dotąd tylko w pracowniach chemicznych; tém ciekawszym więc jest przypadek następujący: Czterech włochów, trudniących się sprzedażą znanych powszechnie balonów gumowych czerwonych i niebieskich, przybywszy na uroczystość ludową do Flensburga wynajęło ciasną źle odwietrzoną izdebkę, i w niéj pracowało przez godzin 5 nad świeżém napełnianiem balonów wodorodem. Do otrzymania ostatniego posługiwali się kawałkami zynku, nabytemi od blacharza i kwasu siarkowego. Pokazało się późniéj, że pierwsze a prawdopodobnie i ostatni zanie-

czyszczone były arsenem. Pod koniec roboty wszyscy czteréj uczuli osłabienie i drzenie członków, zawrót, ból głowy, wymioty, a po niespokojnie przebytéj nocy spostrzegli moczenie krwawe i żółtaczkę. Następnego dnia udali się do szpitala w Altonie. Trzech wyzdrowiało po upływie kilkunastu dni; czwarty, lat 33 liczący, umarł po upływie 10 dni. Sekcyja wykazała: powłoki zewnętrzne żółtawe, krew płynna, brudno-wiśniowa, serce wiotkie, blado-czerwone, zawiera nieco krwi płynnéj i ściętéj, pod opłucnemi i na wątrobie drobne wynaczynionki, śledziona powiększona, pod drobnowidem większa część kanalików moczowych w istocie rdzennéj i naczyniowéj napełniona i zatkana ciałkami krwi, nieżyt jelitowy; we krwi, żółci i mózgu badanie chemiczne wykazało arsen. W moczu u wszystkich 4 chorych 2go dnia po przyjęciu ich do szpitala sprawdzono obecność arsenu. W. zwraca uwagę na zatkanie kanalików moczowych ciałkami krwi, skutkiem czego nastąpił bezmocz *(anuria)* u jednego z chorych, który umarł, a tém samém krew nie mogła już się pozbywać daléj trucizny. Trzéj wyleczeni odzyskali zdrowie w zupełności, a więc o charłactwie arsenowém mowy nie było. *(Viertelj, f. gerichtl. Medicin 1878, April*, p. 251—261). *L. B.*

IV. Krótkie sprawozdanie z VII. Zjazdu niemieckich chirurgów w Berlinie.

Napisał Dr. Rydygier.
Docent chirurgii w Jenie.

Chcąc niezwłocznie przesłać sprawozdanie z ostatniego Zjazdu niemieckich chirurgów ograniczę się do pobieżnego skreślenia całego przebiegu dodając tylko tu i owdzie niektóre uwagi: dokładniejsze streszczenie niektórych ważniejszych prac pozostawiam sobie na późniéj.

Udział tegoroczny był nadzwyczaj wielki: przeszło 200 członków zjechało się, a nienmiéj było uczestników nienależących do towarzystwa. Materyjału było za wiele, tak, że nie wszyscy zgłaszający się z wykładami dostali się do głosu.

Zjazd rozpoczął się 10. b. m. o 12½ g. w południe przywitaniem członków przez przewodniczącego. Następnie załatwiono się z wyborem biura i komisyi do sprawdzenia rachunków. Przewodniczącym obrano powtórnie Langenbecka.

Pierwszy wykład miał Koenig (z Getyngi) „o sposobie oprawy przeciwgnilnej w razach już istniejącego gnicia.“ Jako środek najlepszy zalecał oczyszczenie i dokładne wymycie ran 5% roztworem kwasu karbolowego z następném założeniem oprawy Listrowéj, albo w gorszych przypadkach z następném ciągłém nawodnianiem 2% roztworem kwasu karbolowego, na co się wszyscy zgadzali. Miło mi dodać, że przy téj sposobności wszyscy koledzy wyrażali podobne zdania do mojego w ostatniéj méj rozprawie wypowiedzianego o skuteczności tymolu: t. j. że nie może zastąpić kwasu karbolowego dla niepewności działania*). Bardeleben nadto podniósł jeszcze i tę niedogodność tymolu, że swoim zapachem, który wszyscy nader niemiłym nazywali, zwabia roje much, tak że w lecie chorzy im się opędzić nie mogą.

*) Rozprawa, do któréj się szan. korespondent odwołuje, już od kilku tygodni znajduje się w naszych rękach; żałujemy, że dla braku miejsca nie mogliśmy jéj jeszcze umieścić, ale uczynimy to niebawem. Redakcyja.

Następnie mówił Kocher (z Berna) „o przyczynach i leczeniu ostrych zapaleń mianowicie o zapaleniu ostrém gruczołu tarczowego i szpiku kostnego.“

Po nim mówił Küster (z Berlina) „o trującéj właściwości kwasu karbolowego przy używaniu jego chirurgiczném.“ Opowiedział kilka przypadków otrucia kwasem karbolowym, które się na jego oddziale wydarzyły i zapytywał, w jaki sposób temu zapobiedz można. Ztąd wywiązała się nadzwyczaj żywa dyskusyja wypełniająca jeszcze następne posiedzenie popołudniowe.

W następnych dniach bowiem zarząd ułożył porządek dzienny w ten sposob, że przed południem od 10—1 godz. odbywały się posiedzenia w salach operacyjnych kliniki Langenbecka lub Bardelebena, na których przedstawiano chorych, okazy anatomiczne i nowe narzędzia; po południu zaś od 2—4 g. bywały posiedzenia w sali uniwersyteckiéj poświęcone teoretycznym wykładom. We czwartek zebrali się członkowie na wspólny obiad, a w każdy dzień wieczorem na pogadankę.

Wracam do posiedzeń:

We czwartek 11. b. m. na rannem posiedzeniu przedstawił najprzód Langenbeck kilku chorych z podudziem wyłuszczonem w stawie kolanowym, daléj kilku z wypiłowaniem tegoż stawu i jednego z założonym gorsetem gipsowym Sayre'a zalecanym w garbie *(kyphosis)* Potta.

Po przedstawieniu każdego rodzaju chorych wywiązywała się krótka dyskusyja co do sposobu operowania i wyników jego ostatecznych. Tak np. zgadzała się większość na to, że wyłuszczenie podudzia w stawie kolanowym zasługuje na pierwszeństwo przed odjęciem na wysokości kłykciów *(amputatio transcondylica)*: tylko co do ostatecznych wyników wypiłowania stawu kolanowego, mianowicie, czy skrócenie odnogi podczas rośnięcia wzmaga się, chociaż zostawimy chrząstki nasadowe (*Epiphysenknorpel*), lub nie, zdania były podzielone.

Następnie Lossen (z Heidelberga) opowiedział przypadek raka skóry czoła u 18letniéj dziewczyny.

Po nim przadstawił P. Vogt (z Gryfii) chorego z wypiłowaniem stawu łokciowego. Ruchy w nowo utworzonym stawie były nadzwyczaj obszerne i silne. Zmienił on dotychczasowy sposób operowania o tyle, że zważając na trudność dokładnego odłączenia okostnéj od kłykciów razem z nią odcina powierzchowną część ich kostną dłutem. W skutek tego pozostają przyczepy mięśni na właściwém swojém miejscu, co ostatecznie wywołuje doskonałą czynność stawu. Podobny sposób operowania zalecał Vogt przed rokiem przy wypiłowaniu stawu ręki, żeby nie naruszyć pochewek ścięgnowych mięśni wyprostnych palców (*extensores dig.*).

Na popołudniowém posiedzeniu uchwalono dyskusyję o złośliwych guzach odłożyć do przyszłorocznego Zjazdu i polecono komisyi na ten cel wybranéj wypracowanie porządku do tych obrad. Resztę posiedzenia wypełniła dyskusyja nad odczytem Küstera o kwasie karbolowym, jak to już namieniłem.

Trzeciego dnia w piątek 12. b. m. na rannem posiedzeniu przedstawił najprzód Schede (z Berlina) 2 chorych z wyłuszczeniem podudzia w stawie kolanowym; daléj chorą z wypiłowaniem obu stawów łokciowych, również ręki i stopy celem usunięcia zrostów kości w sustawach (*ankylosis*) po przewlekłém gośćcowém zapaleniu sustawów; daléj przypa-

dek stopy szpotawéj (*pes varus*) wyleczonéj wycięciem klina z kości nartowych (*tarsus*), nareszcie 2 przypadki wypiłowania główki kości udowéj za pomocą cięcia przedniego.

Po nim przedstawił Meusel (z Goty) również chorego ze stopą szpotawą wyleczonego wycięciem klina z kości nartowych.

Mosengeil (z Bonn) okazał maszyny służące do usunięcia tak tego cierpienia, jako i kolana koślawego.

Hüter (z Gryfii) okazał rysunek człowieka cierpiącego na mięczaka zaraźliwego (*molluscum contagiosum*) może jeszcze wyższego stopnia, niż na rysunku tytułowym Virchowa „*Geschwulstlehre*“ przedstawiony.

Busch (z Berlina) przedłożył preparaty kości przedstawiające rozmaite zmiany przy zapaleniach kości sztucznie wywołanych, które już dawniéj opisał.

Wegner (z Berlina) przedstawił chorą z całkowitém wyjęciem krtani i dziewczynkę mówiącą za pomocą sztucznego przyrządu; chorą można było rozumieć i w najodleglejszych miejscach najobszerniejszéj sali.

Trendelenburg (z Rostoka) okazał szczudło niedawno opisane w „*Centralblatt für Chirurgie*“ i opisał kilka przypadków zajmujących.

W końcu przedstawiło kilku członków Zjazdu chorych na kolano koślawe operowanych z dobrym skutkiem podług sposobu Ogstona. Pokazało się, że operacyja ta prędko zyskała wielu zwolenników w Niemczech, tylko jeden Koenig z pewném niedowierzaniem o niéj przemawiał.

Chorych przedstawili: Riedieger (z Würzburga), Kolaczek (z Wrocławia) i Bardeleben (z Berlina), Thiersch (z Lipska) okazał zajmujący preparat otrzymany w kilka tygodni po wykonaniu téj operacyi; chory uległ innemu cierpieniu.

Na po południowém posiedzeniu tego dnia przemawiali:

1) Tillmanns (z Lipska) o doświadczalnych i anatomicznych badaniach nad różą.

2) Hüter (z Gryfii) „O skrofuliczném i gruzliczém zapaleniu stawów“.

3) Koenig „O zmianach ciepłoty przy wystąpieniu zropienia w stawach jako najlepszym środku rozpoznawczym.“

4) Braune (z Lipska) „O przemiejscowieniu pęcherza moczowego podczas badania przez odbytnicę sposobem Simona.

Czwartego i ostatniego dnia w sobotę 13 b. m. odbyło się ranne posiedzenie w klinice Bardelebena.

Pierwszy mówił Mosengeil (z Bonn) o przeciwgnilnych oprawach stałych (*antiseptische Contentiv-Verbände*)

Następnie okazał Lücke (z Strassburga) kilka kawałków mięśni odumarłych wskutek narwania bez uszkodzenia skóry.

Po nim powiedział Koch (z Berlina) kilka słów o przerzutowém odumarciu (*embolische Necrosis*) kości.

Pauly (z Poznania) mówił o operacyi doszczętnéj przepuklin, i okazał przy téj sposobności wycięty worek przepuklinowy.

Schneider (z Królewca) opowiedział przypadek zranienia postrzałowego przeszywającego płuco lewe, w którym wypiłował kawały z 5 żeber górnych i obojczyka z dobrym skutkiem. Daléj okazał preparaty po wyłuszczeniu stopy podług Choparta.

Beely (z Królewca) pokazał oprawę z leszczot konopnych nagipsowanych (*Gyps-Hanfschienen*) mającą zastąpić niektóre skomplikowane przyrządy ortopedyczne.

Rydygier (z Jeny) przedłożył 2 miednice i kilka fotografij z asymetryją kości krzyżowéj, wskazując na tę przyczynę zboczenia stosu pacierzowego (*scoliosis*) dotychczas nie dość uwzględnioną.

Gussenbauer (z Leodyjum) opisał przypadek wycięcia kawałka jelita grubego ze zejściem śmiertelném; daléj ostateczny wynik przed rokiem zalecanéj przez siebie stomatoplastyki.

Madelung okazał odlewy gipsowe tak zwanego zwichnięcia dobrowolnego ręki i mówił o jego istocie i sposobie powstawania.

Na posiedzeniu popołudniowém podali:

1) W. Koch „Przyczynek do nauki o nerwicach stawowych.“

2) Adelmann (z Berlina) „Przyczynek do historyi zupełnego wyłuszczenia łopatki.“

3) Czerny „O rozcięciu brzucha (*laparotomia*) wykonaném z zastósowaniem oprawy Listrowéj.

4) Passavant (z Frankfurta n. M.) „O polepszeniu wymowy po wykonanéj uranoplastyce.“ Zalecał guziki kauczukowe mające się włożyć w otwór pozostawiony na granicy pomiędzy twardém a miękkiém podniebieniem, żeby zapobiedz skróceniu miękkiego podniebienia, wskutek czego właśnie powstaje głos nosowy.

W końcu zawiadomił Langenbeck zebranych, że kasa Towarzystwa posiada 15000 marek, a Cesarzowa gotowa przeznaczyć znaczny dar na zakupienie własnego domu dla Towarzystwa. Na tém zamknął VII Zjazd żegnając zebranych.

Listy z Wiednia.

III.

(Poliklinika — Uchwały stowarzyszeń lek. w sprawie honoraryjum lekarskiego. — Nowy szpital w Wiedniu i nowe przytulisko krajowe. — W sprawie wydziału lekarskiego na Uniwersytecie lwowskim. — Sprawy osobowe).

Donosiliśmy, że sprawa polikliniki zalega w ministerstwie oświaty. Blisko od roku zasięga minister informacy i zdania tak ciał lekarskich jak i znanych w świecie powag. Wiadomo, że wydział lekarski na wniosek Billrotha uchwalił, że poliklinika, tam gdzie na klinikach uniwersyteckich się udziela ubogiéj ludności bezpłatnie rady lekarskiéj, jest zbyteczną, jako zakład naukowy niedostateczną, a pod względem zdrowotnym szkodliwą. Dumreicher w swojéj broszurze uskarza się, że materyjał klinik z powodu „przedsiębiorczych“ poliklinicystów ze szkodą klinik jako szkół lekarskich znacznie się pomniejsza. Komisyja sanitarna rady miejskiéj oświadczyła, że poliklinikę należałoby zreformować, tak samo orzekły rady sanitarne, krajowa i najwyższa. Namiestnictwo wreszcie oświadczyło, że należałoby przedsięwziąść rewizyję statutu polikliniki, ponieważ ona tak pod względem wewnętrznego urządzenia jak i działalności lekarskiéj potrzebuje reformy. Orzeczenie to opiera się na badaniach policyi, o których donosiliśmy.

Z drugiéj strony zarząd polikliniki skrzętne robi zabiegi, aby podnieść zakład, tak pod względem materyjalnym, jak i naukowym. Trudno jednak zaprzeczyć, że środki, których używają w celu dopięcia powyższego celu, przekraczały czasami granice, które odpowiadają nauce i celowi, jakiemu służyć powinna poliklinika. Z początkiem b. r. wysłał zarząd

zakładu tak do prywatnych jak i do zakładów finansowych, które z nadwyżki dochodów corocznie pewną kwotę przeznaczają na cele dobroczynne, listy z prośbą o wsparcie, w których podnoszą zasługi polikliniki i odpierają zarzuty ze strony ciał lekarskich tejże poczynione. W tych listach znajduje się ustęp, który twierdzi, iż dyrekcyja policyi nie znalazła nic, coby na nią obowiązek wystąpienia przeciwko poliklinice lub jéj lekarzom wkładało. Za sprawą redaktora jednego z pism lekarskich przeciwnych poliklinice wykazało się wreszcie, iż to twierdzenie mija się z prawdą, a sam prezydent policyi oświadczył pisemnie, iż powyższe oświadczenie lekarzy polikliniki „nie zgadza się z rzeczywistością.“ W każdym jednak razie, tak ten jak i inne podobne środki i zabiegi, które przeciwnicy polikliniki nazywają reklamą na wielką stopę urządzoną, ze stanowiska zakładu odniosły skutek pożądany. Dość hojne posypały się datki. Wspominamy tylko, iż kasa oszczędności ofiarowała 2000 złr., Cesarz 200 złr., a zeszłego tygodnia udzieliło nawet ministerstwo oświaty z funduszu przeznaczonego na wsparcie zakładów prywatnych mających cel naukowy na rok 1878, 500 złr. na rzecz polikliniki. Udzielenie téj kwoty ze strony ministerstwa ma takie znaczenie, iż się tamże w zasadzie na to zgodzono, aby poliklinika nadal istniała. Niewątpliwie jednak przyjdzie do reformy i to zapewne przy sposobności rewizyi statutu, której ze wszystkich stron przyjaciele instytucyi doradzają.

W obec takiego zapatrywania ministerstwa ciekawym jest reskrypt pruskiego ministra oświecenia publicznego i spraw lekarskich Dr. Falka w sprawie bardzo pokrewnéj. Berlińskie stowarzyszenie docentów wydz. lekarskiego zażądało od ministra, aby docentom pozwolono w granicach *veniae legendi* otworzyć prywatne kliniczne zakłady (rodzaj polikliniki wiedeńskiéj). Zażądano orzeczenia wydziału lek., który oświadczył, iż z wolności nauczania, do któréj się docenci odwoływali, nie wynika, aby należało zadość uczynić ich życzeniu. „Jeżeliby,“ wypowiada orzeczenie podpisane przez Du Bois Reymonda i Virchowa, „uniwersytet prywatne zakłady docentów uznał i popierał, a chociażby tylko młodzieży polecił, powstałby rodzaj nowego wydziału z niedostateczną kontrolą publiczną bez wpływu dostatecznego na urządzenie i sposób uczenia ze strony senatu akademickiego.“ Minister Falk przychylił się do orzeczenia wydziału, co tutaj w pismach lekarskich przeciwnych poliklinice wywołało uwielbienie; stronnictwo polikliniki zaś wskazuje na Austryję jako na państwo, w którém istotnie wolność nauki i nauczanie istnieje.

W stowarzyszeniach lekarzy od jesieni z. r. rozstrząsają z wielkiém zajęciem sprawę honoraryjum. Wiadomo każdemu lekarzowi, iż zazwyczaj lekarze są dość wzięci i udzielają dość często rady lekarskiéj, że jednak publiczność nie rzadko o honoraryjum zapomina. Otóż w kolegium doktorów medycyny przyjęto na wniosek Dra Lederera następujące uchwały: 1. Dotychczasowe niedobrowolne udzielanie kredytu ze strony lekarzy, w skutek czego publiczność mieniła się w prawie niepłacenia przez dłuższy czas lekarzowi, ustaje. 2. Za usługi lekarskie należy bezzwłocznie płacić. 3. Jeżeli zaś stronom stósowanie się do téj zasady jest niedogodném lub udzielenie kredytu jest pożądaném, stać się to tylko może za poprzedniém porozumieniem z lekarzem i oznaczeniem dnia zapłaty. Zdaje się, że przeprowadzenie téj uchwały mogłoby poniekąd zaradzić przykremu położeniu, w jakiém się znaczna część lekarzy znajduje; chodzi tu wreszcie tylko o przeprowadzenie uznanéj przez świat zasady, że każdéj pracy należy się odpowiednie wynagrodzenie.

Przeciwko nadużyciom ze strony publiczności skierowaną jest także „*Standesordnung*“ Izby lekarskiéj okręgu rządowego Wiesbadeńskiego, którą w zeszłym miesiącu uchwalono, a w któréj bardzo wiele sprawiedliwych i trafnych znaleźliśmy uwag.

Tutaj stanie w b. r. nowy szpital, który nosić będzie nazwę szpitala arcyksiężniczki Zofii. Komitet szpitala zostaje pod protektoratem arcyksięcia Karola Ludwika. Dotąd zebrano na ten cel 50.000 złr. Kwota ta powiększyła się teraz o 300.000 z zapisu Ludwiki Kenyon, znanéj ze swojéj dobroczynności obywatelki. Szpital stanie na przedmieściu *Neubau, Kaiserstrasse*, na gruncie, na którym stał dom testatorki. W przyszłym roku stanie tu także nowe przytulisko krajowe, w części kosztem gminy, w części kosztem kraju zbudowane.

Podczas obrad nad budżetem uczynił w kole polskiém Rady państwa poseł Hausner wniosek, aby celem uzupełnienia Uniwersytetu lwowskiego wydziałem lekarskim, jeden z posłów zabrał imieniem koła głos i upominał się o utworzenie tego wydziału we Lwowie. Koło jednak uważało za stósowne, zapewne mając na względzie i tak bardzo wrogo nam usposobioną większość parlamentarną i jéj przewódzcy w sprawach naukowych prof. Suessa, przejść nad wnioskiem Hausnera do porządku dziennego. W skutek téj uchwały na zgromadzeniu pełném o téj sprawie mowy nie było.

Na Uniwersytecie tutejszym w ubiegłym miesiącu uzyskał p. Adolf Dietzius z Jarosławia stopień doktora w. n. l.

Wiedeń 20 kwietnia 1878. *Dr. E. Machek.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 25 kwietnia. Przy rozprawach ostatecznych w tutejszym Sądzie krajowym przeprowadzanych miewamy sposobność przekonania się, z jak wielką łatwością ludzie noszący się z zamiarem popełnienia zbrodni otrzymują w miasteczkach galicyjskich różnego rodzaju trucizny, i to nie tylko ługi i kwasy mineralne, ale nawet i arszenik biały. Za parę centów usłużny kupczyk dostarcza dawki arszeniku, mającego niby służyć do trucia szczurów, a w rzeczy samej przeznaczonego do zgładzenia bydła a nawet i ludzi. Zazwyczaj śledztwo dociera do źródła śmiercią darzącego, czasem arszenik ukazuje się jako zabytek pozostały po nieznanym właścicielu w jakiejś staréj szafie itd., ale zawsze wynika z dochodzenia, że kto arszeniku potrzebuje, znajdzie go w krótkim czasie i bez wielkiego zachodu. Że wcale nie lepiéj ma się rzecz w odleglejszych powiatach kraju naszego, dowiadujemy się z listu jednego z kolegów i współpracowników naszych, który utyskuje, że „w żadném miasteczku nie dostanie z taką łatwością arszeniku, jest on w każdym sklepie do nabycia.“ A przecież obowiązujące w téj mierze rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych i handlu z d. 21 kwietnia 1876 r. (dz. p. p. Nr. 60) jest nadzwyczaj jasne a pomiędzy truciznami wylicza na pierwszém miejscu arsen i w s z y s t k i e połączenia arsenowe, co większa, nawet co do ługu i kwasów mineralnych czyni (w §§. 15, 12 i 13) ważne zastrzeżenia; nadto ustawa karna (§§. 361—370) wyszczególnia kary za nieprawne sprzedawanie trucizn lub nieprzestrzeganie przepisów obowiązujących. Czyż więc na podstawie tych przepisów nie należałoby wreszcie wykorzenić nadużycie, które się tak dalece rozwielmożniło? Z naszéj strony poczuwamy się do obowiązku zwrócenia uwagi władz na to nadużycie, skoro ono nie ogranicza się już do faktów wyjątkowych.

Przy téj sposobności nie możemy atoli przemilczeć, że chcący popełnić zbrodnię ma sposobność zaopatrzenia się w truciznę i w miastach większych, w sposób nie budzący żadnego podejrzenia. Przed kilku laty niewiasta usiłowała tu odebrać sobie życie za pomocą morfinu, a posiadała go podostatkiem, gdy na podstawie przepisu lekarskiego kilkakrotnie po jedném ziarnie brała go z apteki, nie zażywszy wcale dawek poszczególnych. W spra-

wie pani Simmère we Wiedniu okazało się niedawno, że kobieta ta szafowała szczodrze atropinem, otrzymywanym z apteki również kilkakrotnie na mocy przepisu lekarskiego niby dla dziecka epileptycznego. Czyżby temu i innym jeszcze nadużyciom nie dało się skutecznie zapobiedz, gdyby lekarze zgodzili się pomiędzy sobą i z aptekarzami, aby pewne środki lekarskie wydawano ponownie tylko wtedy, jeżeli recepta opatrzona zostaje klauzulą: *repetatur*! a w pewnych razach lekarz mógłby nawet z góry przepis swój opatrzyć w klauzulę: *ne repetatur*! Kwestyję tę, naszém zdaniem nader ważną a już w roku przeszłym w Przegl. Lek. przez nas poruszoną, poddajemy pod ocenę zwłaszcza towarzystw lekarskich, w mniemaniu, że ona zasługuje na to, aby dojrzale roztrząsaną została.

Wreszcie wypadałoby, aby pp. aptekarze nie wydawali bez przepisu lekarskiego środków wymiotnych itp. leków, bo i w ten sposób złoczyńca może powoli zaopatrzyć się w środek trujący, jak niemniéj, aby nie wydawali kwasów mineralnych zwlaszcza dzieciom i wyrostkom, bo i takie przypadki się zdarzają.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 15 (od 7 do 13 kwietnia włącznie) umarło w Krakowie osób 44; 25 mężczyzn i 19 kobiet; 27 osób w obwodach i 17 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 41,6; we Lwowie 38,4; w Warszawie 40,1; we Wiedniu 36,8; w Budapeszcie 49,8; w Pradze 50,8; w Tryjeście 36,6; w Bazylei 30,4; w Brukseli 28,7; w Paryżu 29,1; w Londynie 27,6; w Kopenhadze 23,4; w Chrystyjanii 24,7; w Petersburgu 59,9; w Odesie 37,3; w Wenecyi 38,9; w Bukareszcie 51,8; w Aleksandryi 31,4; w Królewcu 40,6; w Gdańsku 31,2; w Berlinie 28,1; w Poznaniu 24,5; w Monachijum 40,8; W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 5, mianowicie: z ospy 1 osoba nieszczepiona, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 2, z posocznicy 1.

* **Paryż**. Miejsce Klaudyjusza Bernarda w *Collège de France* zajmie najprawdopodobniéj Charcot, a w *Muséum d'histoire naturelle* zastępować go będzie jeden z jego uczniów, Gréhant.

* **Mianowania**. Dr. Roloff zamianowany został dyrektorem szkoły weterynarzy w Berlinie. — Docent prywatny Dr. F. A. Falck w Kielu prof. nadzw.

* **Nekrologia**. Mamy smutny obowiązek zapisania zgonu dwóch Krakowian i wychowańców szkoły krakowskiéj, którzy w kwiecie wieku, aczkolwiek na różnych stanowiskach, legli śród zajęcia swego zawodowego. W Siedlcach w król. Polskiém umarł Dr. Stefan Strzelbicki, który przed 20tu mniéj więcéj laty ukończywszy w Krakowie nauki lekarskie kształcił się i za granicą, zanim osiadł w Królestwie. W Pograniczu zaś wojskowém umarł lekarz półkowy Dr. Mohr, syn tutejszego fizyka miasta.

W armii rosyjskiéj zmarli: Dr. Jewecki i Dr. Lisowski w Jassach, Dr. Sobieszczański w Zofii, Drowie Faworski, Suchocki, Iwaszkiewicz i Moszyński na Kaukazie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 1 maja rb. o godzinie 5téj po południu **w sali wykładowéj kliniki okulistycznéj** posiedzenie zwykłe, na którém 1) kol. Bylicki opowie ważny przypadek operacyjny a 2) kol. Poniklo okaże i objaśni wyrób anatomiczno-patologiczny.

Dla prenumeratorów w Państwie austryjackiém dołącza się do Nru bieżącego Vademecum dla podróżujących do zakładu zdrojowego w Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 4 Maja 1878. № 18. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z klinik chirurgicznych w Warszawie i w Wiedniu.

Podał Dr. Rydygier,
Docent chirurgii w Jenie.

Zwiedzając podczas ostatniéj méj podróży naukowéj kliniki chirurgiczne w Warszawie i Wiedniu miałem sposobność obserwowania niejednego przypadku ciekawego, z czego poniżéj mam zamiar zdać sprawę. Rozumie się, że nie mając pod ręką dokładnych opisów klinicznych przebiegu choroby, a w kilku przypadkach nie mogąc nawet śledzić całego przebiegu w skutek wyjazdu z miejsca obserwacyi, nie będę mógł opisać każdy przypadek w najdrobniejszych jego szczegółach; pomimo to spodziewam się, że żadnego ważniejszego szczegółu nie pominę i zdołam szan. Kolegom podać wiązankę ciekawych i rzadkich przypadków chirurgicznych.

Do Warszawy udałem się w celu badania niektórych ciekawych kwestyj wojenno-chirurgicznych. Nie znalazłem niestety odpowiedniego ku temu materyjału, ani téż nie tak łatwy tam był przystęp, jakby się tego można spodziewać. Tém wdzięczniejszy byłem prof. Kosińskiemu, że pozwolił mi bywać na swojéj klinice, która pod przewodnictwem tak światłego i biegłego chirurga równa się wszelkim zagranicznym tego rodzaju zakładom, pomimo, że sale służące do pomieszczenia téj kliniki bynajmniéj nie mogą uchodzić za odpowiednie. Ztąd téż pochodzi, że pomimo nadzwyczajnéj troskliwości tak prof. Kosińskiego, jako i jego asystentów stosunkowo wiele przypadków róży i innych chorób przyrannych się zdarza.

Przypominam sobie żywo jeszcze dziś przypadek odjęcia przedudzia w górnéj ⅓ części, który zakończył się śmiertelnie w skutek ropnicy. Przypadek ten jeszcze i z téj przyczyny jest nader ciekawy, że przedstawiał tak olbrzymie wygórowaną słoniowacinę, jaką mi się rzadko zdarzyło widzieć: stopa ogromnie zgrubiała, paznokci zaledwie było widać ślady. Twardą nadzwyczaj skórę przedzielały głębokie szczeliny na wysepki wieloboczne o powierzchni zupełnie do brodawek podobnéj. Żyły przedudzia i uda były znacznie rozszerzone. To właśnie obok innych sprzyjających okolicznościach zewnętrznych może nie mało przyczyniło się do wybuchu choroby śmiertelnéj. Chciałbym zwrócić uwagę Kolegów porzucających podwiązywanie tętnicy udowéj w celu uleczenia słoniowaciny jako zbyt niebezpieczną, a nieraz bezskuteczną operacyję, na ten przypadek dowodzący, że oceniając oba sposoby operowania co do ich niebezpieczeństwa, nie powinniśmy opierać się na zwykłéj statystyce śmiertelności po odjęciu odnogi w przedudziu, gdyż rokowanie przy odjęciu z powodu słoniowaciny jest znacznie gorsze z przyczyny wyżéj namienionéj. W opisanym przypadku nie można było nawet pomyśleć o podwiązaniu, gdyż zmiany były zbyt znaczne.

Oprócz wielu innych ciekawych przypadków, których już niemam w pamięci może dla tego, że prof. Kosiński był zmuszony roztrząsać je w języku rosyjskim, dla mnie niezrozumiałym, widziałem przypadek kamienia moczowego o tyle zajmujący, że tyczył się młodego chłopczyka i zakończył się wyleczeniem w 3 tygodniach blisko, pomimo że kamień był dość znaczny.

Ambulatoryjum było nader liczne i obfite w przypadki tak zastarzałe, jak rzadko gdzieindziéj je natrafić można. Uboga klasa żydowska nie celująca w Warszawie czystością ani dbałością o swe zdrowie dostarczała przeważnéj części zajmującego tego materyjału.

Z klinik chirurgicznych we Wiedniu poznałem bliżéj tylko klinikę Billrotha. Rany w jego klinice opatrują w ostatnim czasie znowu ściśle podług Listra. Billroth wrócił do tego sposobu przekonawszy się po dłuższych próbach z innemi oprawami, że żadna nie jest w stanie zastąpić zupełnie Listrowéj; ani nawet oprawa tymolem, nie dawno temu tak gorąco z kliniki Volkmanna przez Rankego [1]) zalecana,

[1]) Ranke, *Ueber das Thymol und seine Benützung bei der antiseptischen Behandlung der Wunden. Sammlung klin. Vorträge von Rich.* Volkmann Nr. 128. Porówn. Przegl. Lek. 1878.

nie zdołała sobie zjednać uznania Billrotha. Robił on z nią doświadczenia już w przeszłym roku i pokazało się, że z początku w całym szeregu przypadków przebieg pooperacyjny był zupełnie podobny do przebiegu zwykle pod oprawą Listrową spostrzeganego, aż później naraz kilka przypadków źle się zakończyło, tak że ostatecznie Billroth i ten sposób porzucił i jak się już rzekło do oprawy ściśle Listrowéj wrócił. Nawiasem namieniam, że i to co tu w niedawno przedsięwziętych doświadczeniach widziałem, również wcale na korzyść oprawy tymolem nie przemawia: w kilku tych przypadkach ropienie nastąpiło dość obfite, a wtenczas zapach przyjemniejszy tymolu, niż kwasu karbolowego, tyle przez Rankego wychwalany, okazał się bardzo niemiłym.

Wracam do kliniki Billrotha i do opisu szczególnych tam spostrzeganych przypadków:

Przypadek 1. Przepuklina uwięzgniona. Pętla uwięzgniona koloru brudno-czarnego napełniona była cuchnącym płynem. Dla tego wycięto ją zupełnie. Pomimo tego kał się nie wydziela, aż dopiero po wprowadzeniu grubego cewnika elastycznego. Chora już podczas operacyi bardzo sina i charcząca umiera w 3 godziny po operacyi. Badanie zwłok pośmiertne wykazało przewrotne położenie trzew (*situs inversus*), a nadto okrężnica (*colon*) leżała tuż poprzecznie po nad uwięzgnioną pętlą. Z téj to przyczyny prawdopodobnie kał po wycięciu pętli z niéj nie mógł się wydobyć.

Przypadek 2. Całkowite wycięcie języka tuż przed nagłośnią sposobem Langenbecka celem usunięcia raka: cięcie boczne w poprzek szczęki dolnéj, którą następnie przepiłowano i rozłożono. Po 10 dniach widziałem chorego dość dobrze wyglądającego i dopraszającego się o pozwolenie do wstania z łóżka. Odczyn pooperacyjny był w ogóle bardzo nieznaczny.

Przypadek 3. Kolano koślawe (*genu valgum*) operowane dawniéj za pomocą osteotomii. Wynik operacyi na lewéj odnodze był dobry; na prawéj wystąpiło ropienie i odnoga pozostała koślawą. Billroth postanowił nałamaniem kostniny wyprostować odnogę. Podczas operacyi usłyszeliśmy trzeszczenie i odnoga się wyprostowała. Pytanie tylko, czy trzeszczenie pochodziło od złamania kości w miejscu kostniny, czy też w kolanie. Odnogę wyprostowaną włożono w oprawę gipsową. Zajmujący był przebieg dalszy: Następnego dnia wynosiła gorączka 40° C., 3go dnia była skóra zabarwiona jak w żółtaczce, 4go dnia w nocy wystąpiło krwioplucie trwające aż do 9go dnia. Zresztą chory dobrze się miewa. Zjawiska powyżéj wymienione tłumaczył sobie Billroth zatorami tłuszczowemi we wątrobie i płucach.

Przypadek 4. Ostre zropienie stawu kolanowego po wyskrobaniu gniazda zapalnego (*osteomyelitischer Heerd*) w szpiku prawéj kości goleniowéj u dziewczyny 18-letniéj. Rany prowadzące do wyżéj wspomnianego gniazda jeszcze otwarte. Billroth nakłół staw kolanowy od wewnętrznéj strony, wypuścił ropę, a następnie wypłókał dokładnie staw 5% rozczynem kwasu karbolowego ugniatając okolicę stawową podczas gdy staw był napełniony powyższym rozczynem i wykonywając równocześnie w stawie poruszenia bierne. Podczas tych rękoczynów wystąpiło nieznaczne krwawienie ze starych przetok sięgających do stawu. Chora jeszcze na stole operacyjnym przebudziła się z uśpienia i przeniesioną została na salę. Krótko potém widzieliśmy chorą zupełnie bezprzytomną: występuje sinica i nieznaczne drgawki mięśni; ciepłota obniża się do 35° C. i w przeciągu 5 godzin chora już nie żyje.

Zachodzi pytanie, w skutek czego chora umarła? Przed badaniem zwłok nie tak łatwo było na to pytanie odpowiedzieć, a i Billroth wahał się przez dłuższy czas. Najprzód sądził, że śmierć nastąpiła w skutek przeciągłego działania chloroformu, co już nieraz inni spostrzegali, a i sam Billroth jeden przypadek tego rodzaju widział, gdzie chory dopiéro po 12 godzinach się przebudził, a po 30 jeszcze nie pewno tylko osoby otaczające poznawał. Chora nasza atoli już na stole operacyjnym się przebudziła, a dopiéro późniéj przytomność utraciła, więc można było wykluczyć śmierć w skutek chloroformu. Nasuwała się także myśl o zatorach tłuszczowych, zwłaszcza, że nie dawno temu podobny przypadek (3 przypadek wyżéj opisany) widzieliśmy. Również można było przypuszczać zator tętnic płucnych. Mógł był bowiem dawniéj, kiedy odnogę po wyprostowaniu włożono w oprawę gipsową, powstać zaskrzep w żyle podkolanowéj (*v. poplitea*) a teraz podczas ugniatania stawu się oderwać i dostawszy się tak do obiegu krwi zatór tętnic płucnych wywołać.

O otruciu kwasem karbolowym najmniéj myślał, gdyż jeszcze nigdy nie widział, żeby po 5 godzinach śmierć w skutek otrucia karbolowego nastąpiła. Zwykle występowały w podobnych razach dopiero po 12 — 24 godzinach pierwsze objawy otrucia. A nadto zalecał Volkmann i Schede nakłócie z następném wypłókaniem stawu, jako tak błogo działający i zupełnie łagodny środek, który bardzo często stosując nigdy żadnych niebezpiecznych przypadków nie spostrzegali, że rzeczywiście trudno przypuścić było, żeby naraz śmierć za sobą mógł pociągnąć. Pomimo to badanie pośmiertne wykazało na pewno, że śmierć rzeczywiście w skutek otrucia kwasem karbolowym nastąpiła: Barwa mięśni dolnéj $^1/_3$ części uda była brudno-białawą. Skóra, wątroba i jelita jakby wygarbowane, w mózgu znaleziono kwas karbolowy, również i mocz badany pośmiertnie oddziaływał wyraźnie na kwas karbolowy.

Przypadek ten zasługuje ze wszech miar na naszą uwagę, bo prawdopodobnie jest pierwszym w swoim rodzaju. Przypuścić bowiem musimy na pewno, że ani Volkmann ani Schede nigdy podobnego zejścia nie widzieli, gdyż byliby z pewnością je ogłosili i przed niebezpieczeństwem ostrzegali.

Prawdopodobnie przyczyniło się znaczne zropienie i zniszczenie błony stawo-maźnéj do tak szybkiego otrucia. Ugniataniem stawu i poruszaniem odnogi wtłoczono z pewnością nie małą ilość kwasu karbolowego w mięśnie, czego dowodziła ich zmieniona barwa, a może nawet wprost do obiegu krwi, gdyż jak to na początku namieniłem, podczas rękoczynu przetoki cokolwiek krwawiły.

Przypadek ten w każdym razie posłuży na przestrogę i pobudzi nas do większéj ostrożności. Może na przyszłość nakłócie z następném wymyciem stawu ograniczymy do tych przypadków, gdzie będziemy przekonani o całości błony stawo-maźnéj; w innych razach zaś zalecałoby się może bardziéj szerokie nacięcie stawu z następném wymyciem. Postępując tym sposobem zapobieżemy wygórowanemu uciskowi na kwas karbolowy znajdujący się w stawie, a tém samém zmniejszymy niebezpieczeństwo wessania i otrucia.

Przy téj sposobności namieniam, że uderzyło mnie nadzwyczaj częste i prędkie występowanie moczu karbolowego w klinice Billrotha. Jako przykład najjaskrawszy przytaczam: Kobieta cierpi na owrzodzenie dolnéj szczęki podokostne.

Billroth przeciął wrzód, wymyto jamę kwasem karbolowym i założono oprawę Listrową. Poprzednio nie używano u téj choréj wcale kwasu karbolowego, a następnego dnia mocz był ciemno zabarwiony.

Daléj: Dziecko 5 lat liczące cierpiało na zapalenie stawu kolanowego z następném zropieniem. Staw częściowo Billroth wypiłował. Operacyję wykonał bez mgły (Spray), tylko po operacyi wypłókano staw, a następnego dnia okazywał mocz wyraźnie ciemne zabarwienie. Przypadek jeszcze i ztąd zajmujący, że przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy i rany zagoiły się prawie per primam.

Z zajęciem wielkiém przypatrywałem się 2 operacyjom wycięcia zwyrodniałych jajników (*ovariotomia*), 106 i 107 przypadek Billrotha. Wykonywa on operacyję tę bez spray twierdząc, że to niepotrzebnie drażni trzewa. Niewiem ile w tém słuszności; inni operatorowie używają sprayu i nie skarżą się na jakiekolwiek nieprzyjemne skutki. Daléj kładzie Billroth wielką wagę na to, żeby operacyję wykonywać w pokoju bardzo ciepłym (około 22° R.), chcąc tym sposobem zapobiedz zbytniemu ochłodzeniu, mianowicie trzewom tak wielce szkodliwemu. Zresztą stara się równie jak inni operatorowie o nadzwyczajną czystość niedopuszczając np. nikogo do sali operacyjnéj, ktoby tego dnia był odwiedzał chorych.

W 1 przypadku była szypułka tylko jak pół palca małego gruba; zrosty były nieliczne i łatwo je można było oddzielić bez znaczniejszego krwawienia. Uderzyło nas podczas operacyi, że szypułka około swéj osi była okręcona tak, że prawdopodobnie naczynia idące przez nią już nie odżywiały torbiela, tylko naczynia przechodzące przez zrosty. Okręcenie musiało naturalnie prędzéj nastąpić, niż zrosty boczne. Stosunek ten dowodzi, że mogą zdarzyć się przypadki samodzielnego wyleczenia: torbiel bowiem należycie nie odżywiany czasem nie tylko daléj się nie rozrasta, ale się zmniejsza. Braun widział raz prawdopodobnie tak powstały wolny guz w jamie brzusznéj u młodéj kobiety, która późniéj nawet jeszcze dwoje dzieci porodziła.

Kiedy po kilku dniach chorą ostatni raz widziałem, miała się dobrze, szwy już wyjęto. Wyjątkowo w tym przypadku Billroth zatopił szypułkę z przyczyny, że była bardzo cienką; zwykle używa klamry.

W drugim przypadku była operacyja znacznie trudniejszą. Chora 45 lat licząca była zresztą dość czerstwą i dobréj tuszy. Badając wewnętrznie można było tylko z trudnością dostać się do części pochwowéj tuż po za kością łonową się znajdującéj. Guz wypełniał jamę Douglasa. Po przecięciu ścian brzusznych okazała się macica przylegająca tuż do wewnętrznéj ich strony w środku. Operacyję z tego powodu już nie łatwą utrudniało jeszcze i to, że trzeba było cały guz z więzadeł szerokich wyłuszczać, z któremi go łączyły znaczne zrosty. Guz oczywiście początkowo rósł ku jamie Douglasa, a wypełniwszy ją dopiéro zaczął rosnąć ku górze pociągając za sobą macicę. Dwa małe włókniaki znajdujące się na powierzchni macicy nie oddalił Billroth, nie chcąc i tak już powikłanéj operacyi jeszcze bardziéj komplikować. Szypułkę przymocował klamrą w dolnym kącie rany i założył tamże 2 sączki.

Na zakończenie podam jeszcze w kilku słowach przypadek, w którym Billroth użył nowego sposobu wycięcia nerwu szczękowego dolnego. Przypadek ten tyczył się kobiety w podeszłym wieku. Od dłuższego już czasu cierpiała na napady neuralgiczne w obwodzie nerwu szczękowego dolnego. Już raz usunął je Billroth wycięciem kawałka nerwu po wystąpieniu jego z dziury bródkowéj (*for. mentale*). Jak zwykle tak i tu powróciły napady i chora usilnie o powtórną operacyję prosiła. Drugą operacyję stanowiło dotychczas wycięcie kawałka nerwu przed wstąpieniem do kanału dolno-szczękowego. Doświadczenie uczy, że każda taka operacyja zwykle tylko na pewien czas (1 do 5 lat) usuwa napady zupełnie, a wtenczas pozostaje tylko jeszcze podwiązanie tętnicy szyjowéj. Wprawdzie późniejsze napady bywają często łagodniejszemi, tak, że chorzy poprzestają nieraz na morfinie nie żądając nowéj operacyi. Pomimo tego przyzna każdy, że pożądaną nader rzeczą byłoby wynaleść sposób, któryby opóźnił ostateczność podwiązania tętnicy szyjowéj. Tą myślą się powodując postanowił Billroth wyciąć kawałek nerwu śród jego przebiegu w kanale dolno-szczękowym; mielibyśmy wtenczas przed podwiązaniem tętnicy szyjowéj 3 operacyje do dyspozycyi. Rzut oka na dolną szczękę osób podeszłego wieku przekona nas, że bardzo łatwo z góry dłutem otworzyć kanał dolno-szczękowy, cała szczęka bowiem jest znacznie węższa. Ponieważ zaś napady neuralgiczne zwykle u osób w podeszłym wieku się zdarzają, spodziewał się Billroth, że operacyję będzie można wykonać z jamy ustnéj bez zranienia zewnętrznego. Przekonał się o tém kilka razy na trupie a w naszym przypadku uskutecznił po raz pierwszy na żywym tę operacyję. W piérwszych dniach po operacyi wystąpiły jeszcze kilka razy napady chociaż słabsze; późniéj zupełnie ustały i chora wyleczona opuściła zakład.

II. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jej operacyją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. **Rydel**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

Innėm zboczeniem od prawidłowego przebiegu operacyi, które pod względem swojéj szkodliwości pierwsze po upływie ciałka szklanego zajmuje miejsce, jest wprowadzanie jakichkolwiek narzędzi w celu wyciągnięcia zaćmy. Swobodne i lekkie wystąpienie całéj o ile można na raz zaćmy (przy stósownym ucisku wywieranym na rogówkę) bez ugniecenia przewodu i brzegów rany, jak stanowi jeden z ważnych warunków pożądanego przebiegu sprawy gojenia, a ostatecznie i pomyślnego wypadku operacyi, tak też wymaga wielkiéj wprawy, uwagi i przytomności umysłu ze strony operatora. Do takiego wypierania zaćmy z oka używam za wzorem Arlta łyżeczki Daviela znajdując to narzędzie bardzo ku temu sposobném, a stósowniejszém od podanéj i używanéj w tym celu przez Graefego łyżeczki kauczukowéj. Jeżeli zajdzie potrzeba równoczesnego ugniatania brzegu ranki twardówkowego, uskutecznia takowe asystent łyżeczką metalową Graefego. Wprowadzania narzędzi wyciągających wystrzegam się zasadniczo ze względu na nieuniknione mniéj więcéj znaczne pomnożenie i powikłanie urazu operacyjnego, a uciekam się do téj ostateczności tylko w razie nieodzownéj konieczności, w pierwszym zaś rzędzie w razie poprzedniego upływu ciałka szklanego. Do téj ostateczności widziałem się zmuszonym 21 razy (w 6·50% wszystkich operacyj). Troje z tych ócz (a więc 14·28%) straciło wzrok bezpowrotnie a u

dwojga z nich zmusił mnie do wyciągnięcia soczewki poprzedni upływ ciałka szklanego. Liczby te przemawiają wyraźnie.

Jeżeli już zmusi mnie konieczność do wyciągnięcia zaćmy, używam do tego od r. 1874 pętli Webera jako narzędzia mniéj obrażającego od wszelkich łyżeczek a przecież ze wszechmiar odpowiedniego.

Po wyjściu głównéj masy zaćmy dokładam wszelkich starań, aby źrenicę oczyścić jak można najdokładniéj ze szczątków, jeżeli w oku pozostały, a czynię to suwaniem brzegów powiek wywierając niemi lekki ucisk na rogówkę. Jeżeli mimo całéj usilności nie powiedzie się w ten sposób oczyścić źrenicy dokładnie, wolę na podstawie własnego doświadczenia, wybierając z dwojga złego mniejsze pozostawić drobne, a nawet nieco znaczniejsze szczątki, licząc na ich spokojne wessanie, aniżeli drażnić oko wprowadzaniem po nie jakichbądź narzędzi. To też w pięciu przypadkach wszystkiego wyciągałem znaczniejsze okruchy zaćmy łyżeczką Daviela lub Critchetta. Prócz 14 przypadków zaćmy przejrzałéj z równoczesném zaćmieniem torebki, w których się udało wyciągnąć haczykiem w trzeciéj chwili operacyi soczewkę razem z całą nienaruszoną torebką, oczyszczoną została źrenica zupełnie jeszcze 222, a więc razem w 236 oczach (73·98%); w 69 zaś pozostały drobne, w 11 znaczniejsze szczątki (razem 25·08%). Nie myślę wcale taić wreszcie, że najsmutniejszy, a na szczęście rzadki przypadek, jaki przy wydobywaniu zaćmy zajść może, tj. niemożność wydalenia całéj zaćmy albo przynajmniéj jéj jądra wydarzył się 3 razy (0·94%); mnie samemu dwa razy, a raz mojemu asystentowi Drowi Wurstowi podczas mojéj choroby. We wszystkich trzech przypadkach zaćma była przejrzałą, w jednym który ja sam operowałem, z rozpływem kory (zaćma Morgagniego), w drugim z zaćmieniem torebki. W pierwszym z nich u izraelity 62 letniego, operowanego w roku 1872, po wypuszczeniu z oka kory płynnéj wyśliznęło się gładkie i zmalałe jądro pod naciskiem łyżeczki Daviela ku górze i zniknęło tak szybko i bez śladu po za twardówkowym brzegiem rany, że o wydobywaniu go z tamtąd oczywiście ani myśleć można było. Mimo to przebieg po operacyi był najzupełniéj prawidłowy, a operowany opuścił klinikę siedemnastego dnia po operacyi z S $^{20}/_{50}$. W rok blizko późniéj miałem sposobność przekonać się, że ten wynik operacyi utrzymywał się w zupełności. Podobny do tego przypadek również z pomyślném zakończeniem przytacza Heymann *(Ophthalmologisches aus dem Jahre 1868, von Dr. Heymann)*. W drugim przypadku operowanym w r. 1873 jakotéż i w przypadku Dra Wursta z roku 1877 rozwinęło się ropne zapalenie całéj gałki ocznéj.

Oprócz tych zboczeń wydarzył się jeszcze w 10 przypadkach znaczniejszy krwotok do komórki przodkowéj, a w dwóch musiałem rankę za małą powiększyć cokolwiek za pomocą nożyczek. Te zboczenia uszły we wszystkich przypadkach bezkarnie.

Przebieg po operacyi.

Przebieg sprawy gojenia jest jednym z najważniejszych czynników ostatecznego wypadku, ale sam zawisł od różnych okoliczności, a głównie i przedewszystkiém od wykonania saméj operacyi. W ogólności odbyła się sprawa gojenia w 217 oczach (68·03%) zupełnie prawidłowo; w 102 oczach (31·97%) zaś zaszły mniéj lub więcéj ważne zboczenia od prawidłowego przebiegu. Uwzględniając wykonanie operacyi okazuje się, że po 269 operacyjach prawidłowych była sprawa gojenia zdrożną 77 razy czyli w 28·62%; po 50 zaś operacyjach wadliwych 25 razy tj. w 50%.

Jeżeli już te liczby dowodzą ważności wpływu operacyi na sprawę gojenia, to doniosłość jego okazuje się nierównie jawniéj, gdy wchodząc w szczegóły uwzględni się z jednéj strony rodzaj przygód przy operacyi, z drugiéj strony rodzaj zboczeń w przebiegu sprawy gojenia.

Zboczenia te były:

Rodzaj zboczeń	Operac. praw.	Operac. wadliwa	Razem
Krwotok do komórki przodkowéj	30 11·15%	4 8%	34 10·65%
Krwotok do ciałka szklanego	1 0·37%	1 2%	2 0·63%
Lekkie zapalenie tęczówki	31 11·52%	7 14%	38 11·91%
Ciężkie zapalenie tęczówki	4 1·49%	6 12%	10 3·13%
Zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego	7 2·60%	3 6%	10 3·13%
Zapalenie całéj gałki ocznéj	4 1·49%	4 8%	8 2·51%

W wykazie tym podałem nawet lekkie zboczenia sprawy gojenia, a więc i takie, których wpływ na ostateczny wypadek jest żaden albo nieznaczny. Do takich można zaliczyć słusznie przypadki lekkiego zapalenia tęczówki, jako takie bowiem wykazałem tylko te, w których wśród łagodnych przypadów zadrażnienia naczyniowego i nerwowego, a pomyślnego zresztą przebiegu wytworzyła się jedna lub druga wązka przyczepina tylna. Z większém jeszcze prawem wykluczyć można z rzędu zboczeń sprawy gojenia krwotoki do komórki przodkowéj, albowiem nie zrządziły one prócz straty czasu ani razu żadnéj istotnéj szkody tak, iż je uważać można za zjawisko niemal równie niewinne jak prążkowate zaćmienie rogówki, pojawiające się prawie stale po operacyi Graefego, a niezaliczane wcale do zboczeń przebiegu.

Jeżeli tedy uwzględnimy tylko ciężkie i najcięższe zboczenia, które (jak krwotok do ciałka szklanego, silne zapalenie tęczówki, zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, w końcu zapalenie całéj gałki ocznéj) narażają istotnie na szwank lub udaremniają osiągnięcie pomyślnego wypadku operacyi, albo zgoła zagrażają oku zagladą, to wydarzyły się one w ogólności w 9·40% wszystkich przypadków, a mianowicie po operacyi prawidłowéj tylko w 5·95%, po operacyi wadliwéj zaś w 28%.

Uwzględniając z drugiéj strony tylko ważniejsze przygody przy operacyi, a więc zaliczając do prawidłowych te przypadki, w których przy operacyi zresztą nienagannéj zaszły tylko mniéj znaczne zboczenia, nie wywierające same przez się stanowczo szkodliwego wpływu na sprawę gojenia, jak odpłynięcie małéj ilości ciałka szklanego razem z soczewką lub już po jéj wystąpieniu (w 11 przypadkach) i powiększenie nożyczkami ranki nieco za małéj (w 2 przypadkach), okazują się zboczenia w gojeniu na 282 operacyj prawidłowych 16 razy, tj. tylko w 5·67%, po 37 zaś operacyjach wadliwych 14 razy, czyli w 37·84%.

Liczby te dowodzą jasno i dobitnie, jak ogromnym jest wpływ saméj operacyi na sprawę gojenia i jéj ostateczny wypadek. Nie przecząc wpływowi innych okoliczności, jak wiek chorego, stan jego zdrowia, okres rozwoju zaćmy itd. uważać je przecież należy za drugorzędne w porównaniu

z wykonaniem samejże operacyi, a to têm bardziéj, że nawet wpływ najważniejszego z tych czynników tj. okresu rozwoju zaćmy działa niemal tylko pośrednio, tj. o tyle, o ile utrudniając prawidłowe wykonanie operacyi staje się przyczyną cięższych tejże zboczeń.

Nie chcąc nużyć czytelnika dalszemi szczegółami co do sprawy gojenia przestanę na powyżéj przytoczonych, a podam za to ciekawsze spostrzeżenia odnoszące się do tego okresu.

Wspomniałem powyżéj mimochodem o krwotokach do komórki przodkowéj, wydarzających się dość często po operacyi Graefego, podczas gdy po wydobyciu płatowém były one zjawiskiem bardzo rzadkiém. Krwotoki te są najczęściéj skutkiem pęknięcia całéj lub jakiejś części ranki, a na dowód znajdujemy w takim razie komórkę przodkową albo co rzadziéj jeszcze wypróżnioną, albo, i to częściéj, znów przywróconą ale płytszą niż przed wystąpieniem krwotoku, oko miększe, rankę wydętą, częstokroć opadnięcie tęczówki, którego przedtém nie było, niekiedy wreszcie płat spojówkowy krwawo podbiegnięty. W innych o wiele rzadszych przypadkach nie znajdujemy jednak żadnéj z tych oznak pęknięcia ranki, a wtedy zachodzi wątpliwość czy ranka skleiła się już na nowo bez pozostawienia prócz krwi w komórce żadnego innego śladu poprzedniego pęknięcia, lub też czy krwotok powstał bez otworzenia się ranki. Że się to ostatnie wydarza przypuszczają inni, a ja miałem sposobność przekonać się naocznie w następującym przypadku.

G. G. 50-letniéj izraelitce wydobyłem w dniu 17 czerwca 1874 sposobem Graefego zaćmę przejrzałą z oka lewego zupełnie prawidłowo. Nazajutrz była ranka gładko zaciągnięta, komórka głęboka, źrenica czysta. Przebieg był zupełnie prawidłowym aż do 22 czerwca. W dniu tym znalazłem po zdjęciu opaski oko zaledwie różowe, rankę dobrze i gładko zagojoną, komórkę głęboką, źrenicę okrągłą, rozszerzoną przez atropin i czystą; w chwili jednak gdym zaczął uczniom pokazywać oko zwracając ich uwagę na ten piękny okaz prawidłowego przebiegu sprawy gojenia, spostrzegłem nagle cieniutką jak nitka strugę krwi, wydobywającą się z po za ranki z głębi oka i sączącą się środkiem sztucznéj szczeliny tęczówkowéj, a następnie rodziméj źrenicy na dno komórki przodkowéj, gdzie się w naszych oczach do wysokości około 3 mm. nagromadziła. Zdarzenie to pozostało bez żadnego szkodliwego wpływu na dalszy przebieg, a pacyjentka opuściła w dniu 9ym lipca klinikę z S $^{20}/_{50}$.

Powstanie krwotoku przy nieuszkodzonéj rance podchwyciliśmy w tym przypadku na gorącym uczynku, a zarazem przekonaliśmy się bezpośrednio i stanowczo, że krew nie pochodziła z tęczówki. Przypuszczenie, że jéj źródłem były wyrostki rzęskowe, nie miałoby żadnéj podstawy, gdyż cięcie nie sięgało tak daleko ku tyłowi, a silniejszy nawał do ciałka rzęskowego wykluczyć można na pewne w obec zupełnie prawidłowego przebiegu i braku choćby cokolwiek silniejszego nastrzykania rzęskowego. Pozostaje więc tylko splot żył Lebera, czyli tak zwana dawniéj zatoka Schlemma, którego nacięcie przy operacyi uważać trzeba za przyczynę krwotoku. W innych przypadkach znachodzimy pewne oznaki, które nas zmuszają poczytywać tęczówkę albo ciałko rzęskowe za źródło krwotoku; przypadek powyższy atoli dowodzi, że O. Becker (tamże tom V, str. 373) nie ma słuszności powątpiewając o tém, iż krew pochodzić może także i ze splotu żył Lebera.

Inne spostrzeżenie odnosi się do działania siarkanu ezerynu.

W dniu 27 grudnia 1876 operowałem oko prawe N. N. 60-letniego majstra kominiarskiego z Grybowa sposobem Graefego. Zaćma była mocno przejrzała, środkowa część torebki przodkowéj zaćmiona. Gdym w trzeciéj chwili operacyi zaćmioną część torebki za pomocą ostrego haczyka tęczówkowego wyrwać usiłował, udało mi się wyciągnąć soczewkę razem z całą nieuszkodzoną torebką, bez wypływu ciałka szklanego. Po tak szczęśliwie dokonanéj operacyi był też i przebieg prawdziwie wzorowym. Oglądając to oko w kilka dni później przy oświetleniu ogniskowém spostrzegłem, że błona ciałka szklanego *(hyaloidea)*, rozgraniczająca ciecz wodną i ciałko szklane, była niezwykle wyraźnie widzialną, a to z powodu dość gęstego nalotu drobniuteczkich białych kropeczek, który jéj nadawał wejrzenie podobne do szkła, delikatnym pyłem przypadniętego. Właśnie wtenczas otrzymałem pracę A. Webera o działaniu leczniczém ezerynu, *(Uiber Calabar und seine therapeutische Verwendung von Dr. A. Weber. Archiv f. Ophthalmologie* T. XXII oddział IV), w któréj spotkałem się z nowém, a ówczesnym zapatrywaniom przeciwném twierdzeniem, że kalabar i jego przetwory obniżają ucisk w komórce przodkowéj, a podwyższają go w ciałku szklaném. Przypadek mój nadawał się doskonale do doświadczenia w téj mierze; jeżeli bowiem ezeryn podwyższa ucisk w przestworze ciałka szklanego a obniża go w komórce przodkowéj, powinna błonka ciałka szklanego rozpięta dotąd płasko w płaszczyźnie brzegu źrenicznego tęczówki wypuklić się mniéj lub więcéj ku przodowi, ustępując naporowi ciałka szklanego, zwiększonemu w skutku działania ezerynu. Tak się też istotnie stało. Po zapuszczeniu 1 % rozczynu siarkanu ezerynowego wypukliła się błona szklista ku przodowi prawie tak mocno jak przodkowa powierzchnia soczewki i wtłoczyła się wyraźnie w przestwór źrenicy tak, iż wystawała znacznie przed płaszczyznę jéj brzegu w obręb komórki przodkowéj. Ta zmiana postaci i położenia była tak widoczną, iż przekonali się o niéj uczniowie, którym ją pokazywałem. Powtórne doświadczenie przedsięwzięte, gdy błona szklista napowrót się spłaszczyła, dało ten sam wypadek.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego.

O uwięzgnieniach wewnętrznych w skutek zwężenia jelit *(nodus intestinalis)* powstałych.

(Rzecz przedstawiona w Tow. lek. galic.)

Opisał Dr. **Longin Feigel**,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

I te przypadki, jak opisany, były do niedawna zupełnie nieznane, a W. Gruber *(Virchows Archiv f. path. Anat. Phys. u. kl. Med. Bd. 26.)* opisując w r. 1863 trzy przypadki zwężenia jelita biodrowego z zakrzywieniem esowatém, znalazł w całem piśmiennictwie jeden tylko podobny przypadek Parkera *(The Edinbourg med and. surgic. Journal 1845.)* opisany; drugi zaś przypadek, opisany później przez Küttnera (w Petersburgu), znał tylko z widzenia naocznego. Od tego czasu opisał Gruber (l. c. *Oesterr. Zeitschrift f. prakt. Heilk.*

9 Jahrg. Nr. 40. 1863.) (w Petersburgu) 3 przyp., Küttner *(Arch. f. path. Anat. Phys. u. klin. Med. Bd. 43. 1868.)* 5 przypadków; następnie Gruber *(Oesterr. Zeitschrift f. prakt. Med. 14. 1868.)* 2 przypadki, a w r. 1869 jeszcze 1 przypadek *(Arch. für path. Anat. Physiol. u. klin. med. Bd. 48. 1869.)*, Heiberg *(ibid. Bd. 54. 1871.)* 1 przypadek, następnie Eppinger i inni, tak, że Leichtenstern *(Ziemssens Handb. Bd. 7.)* wykazuje ogólną liczbę podobnych do dziś znanych przypadków na 21. Zauważyć jednak wypada, że jeżeli w tę liczbę zaciągnięte zostały przypadki takie, jak Albersa, Rcalego, Levyego, to te, chociaż podobne, nie należą właściwie do zwężleń jelitowych.

Przypadki zwężlenia jelita biodrowego z pętlą esowatą nie są również wszystkie jednakie, przeciwnie znanych jest kilka odmian tychże zwężleń. Jak wiadomo, zakrzywienie esowate leży w zwykłych przypadkach w jamie miednicy małej, pokryte pętlami jelit cienkich; wyjątek jednak od téj reguły stanowią zakrzywienia esowate nadmiernie długie, takie bowiem zakrzywienia leżą w średniéj jamie brzusznéj i tworzą z trzema ramionami okrężnicy równoległy łuk jelitowy, i przykrywają swoją kreską wszystkie zwoje jelit cienkich (Küttner *Archiv f. path. Anat. Phys. u. klin. Med. Bd. 43.* S. 491.). Odpowiednio więc do ułożenia pierwotnego jelit splątanych z sobą i dalszego ułożenia takowych odróżnia Gruber (l. c. Bd. 48. S. 482.) dwa rodzaje węzlów jelitowych powstałych ze splątania jelita cienkiego z jelitem esowatém, a każdy nadto z dwiema odmianami. I tak:

I. rodzaj: W początku splątania leży szyja pętli biodrowéj przed szyją pętli esowatéj. Miejsc uwięzgniętych jest wtedy 4.

a) 1sza odmiana. Pętla esowata stanowi oś, około któréj pętla jelita biodrowego lub biodrowo-czczego śrubowato się zawija, mianowicie tak, że ostatnia przebiega około pierwszéj z początku z przodu od prawéj ku lewéj stronie, w końcu z tyłu i lewéj strony ku prawéj stronie. Szczyt pętli biodrowéj przeszedlszy przez utworzony skrzyżowaniem otwór, leży po prawéj stronie węzla (Przypadek Parkera).

b) 2ga odmiana, do któréj należy przypadek szósty Grubera z r. 1869 jakotéż nasz przypadek; pętla jelita biodrwego tworzy oś, około któréj mała wtórorzędna pętla jelita esowatego, lub całe zakrzywienie, jak w naszym przypadku, okręca się tak, że najpierw obchodzi takową od przodu, potém od tyłu i dołu, i przechodzi przez utworzony otwór w górę, ku prawéj stronie. Pętla biodrowa szczytem swoim leży po stronie lewéj węzla. Miejsc uciśniętych jest 4, z których 2 w jelicie biodrowém, 2 zaś w pętli zakrzywienia esowatego.

II. rodzaj: W początku utworzenia węzła szyja pętli biodrowéj leży z tyłu po za szyją pętli zakrzywienia esowatego. Miejsc uciśniętych bywa 4 — 5.

c) 3cia odmiana. Zakrzywienie esowate stanowi oś, około któréj zawija się śrubowato jelito biodrowe, a to w ten sposób, że takowe leży z początku z tyłu i od prawéj strony ku lewéj, następnie zaś przebiega z przodu od lewéj ku prawéj stronie. Przeszedlszy przez otwór w węźle jelito biodrowe leży po stronie jego lewéj. Miejsc uciśniętych jest 4, po 2 na każdéj pętli (Grubera 2 przyp., Küttnera 1 przypadek).

(Pomniejszych odmian znanych jest tu jeszcze 2, odpowiednio temu, czyli zakrzywienie esowate doznało okręcenia około połowy lub całéj swéj osi).

b) 4ta odmiana. Pętla biodrowo (-czcza) stanowi oś, około któréj okręca się pętla esowata w ten sposób, że występuje przed szyją pętli biodrowéj z przodu ku górze, przebiega potém ku tyłowi, przechodzi przez otwór znajdujący się przed tylną ścianą brzuszną ku prawéj stronie i układa się w wymienionym kierunku lub téż występuje powtórnie ku górze i prawą stronę. Pętla biodrowa leży przeważną ilością swoich zwojów z lewéj strony, mniejszą częścią zwojów z prawéj strony węzła. Miejsc zaciśniętych jest 5, z których 3 na pętli biodrowéj, 2 w pętli esowatéj (Grubera 3 przypadki, Küttnera 4 przypadki).

(I w téj odmianie zachodzą pomniejsze odmiany, stosownie do sposobu uwięzgnienia jelit pętli biodrowéj i esowatéj.)

Z tych wszystkich, odmiana pierwsza z ułożeniem pętli biodrowéj na prawéj stronie i druga odmiana, z ułożeniem téj pętli po stronie lewéj, są najrzadsze, a ostatnia zdarza się w naszym przypadku dopiéro po raz wtóry. Częstsza jest odmiana 3cia z ułożeniem podobném pętli biodrowéj, najczęstszą zaś odmiana 4ta. Mechanizm wytworzenia się splątania jest dla każdego przypadku inny, a został dla naszego przypadku szczegółowo opisanym. Zauważyć i tu należy, że nie jest on zupełnie jednakim z przypadkiem przytoczonym Grubera, mimo, że sposób zwężlenia w obu przypadkach jest jednakim.

Najczęściéj napotkano pętlę jelita biodrowego lub biodrowo-czczego, jak i w naszym przypadku, bardzo długą; pętla zaś zakrzywienia esowatego bywała długą (65 — 78 cm.), lecz i krótką (28 — 31 cm.), a w jednym przypadku Grubera wynosiła tylko 9·7 cm., a przecież uwiązała węzeł. Z tego wynika zarazem, że długość pętli biodrowéj nie stoi w pewnym stosunku do długości pętli esowatéj, wynosi bowiem 1 : 1, 1 : 2, 1 : 5, 1 : 16, w przypadku Grubera podobnym do naszego 1 : 11, w naszym wreszcie przypadku 1 : 8·1.

W najczęstszych przypadkach znajdujemy równocześnie ze zwężleniem i okręcenie pojedyńczych części jelita około swéj osi, i to w 1 do 4 miejscach; w naszym przypadku okręcenie takie nastąpiło w 2 miejscach.

Siedziba węzła przypada we wszystkich przypadkach na okolicę 3go kręgu lędźwiowego aż do spojenia krzyżowo biodrowego lewego, w naszym przypadku na okolicę nad wyniosłością krzyżową.

W niektórych przypadkach węzeł był łatwym do rozplątania, w innych przypadkach zaś, jak w naszym rozwinięcie węzła możliwém było dopiéro po wypuszczeniu treści pętli zwężlonych.

Wszystkie dotychczas znane przypadki zwężlenia jelit cienkich z pętlą esowatą dotyczyły, podobnie, jakto przytoczyliśmy przy pierwszym przypadku, samych mężczyzn. Nasz przypadek byłby więc pierwszym znanym mi przypadkiem zwężlenia takiego u kobiety.

Przystępując do uwag ogólnych nad oboma naszemi przypadkami, przedewszystkiém zastanowić się musimy nad przyczynami wywołującemi takie zwężlenia. Takowe wedle Küttnera *(Virch. Archiv Bd. 43. S. 487.)* rozdzielić należy na przyczyny usposabiające i ostatecznie zwężlenie wywołujące. Jako pierwsze uderza przedewszystkiém podeszły wiek, jak w obu naszych przypadkach (53 i 66 lat) i połączona z tém wiotkość skóry i mięśni brzusznych, brak tłuszczu w kreskach i w sieci, a więc stosunkowo obszerna jama brzuszna, która dozwala jelitom wykonywać rozległe ruchy. Splątanie jelit musiałoby wprawdzie, jakto słusznie Küttner zauważa, zdarzać się daleko częściéj, gdyby tylko te warunki były wy-

starczające, a z drugiéj strony zdarzały się w przypadkach Grubera splątania takie u osób silnych, młodych (24 lat) z dobrze wykształconą podściółką tłuszczową, jednakowoż splątania takie zdaniem jego łatwiéj powstaną, jeżeli obok innych warunków anatomicznych, objętość jamy brzusznéj będzie większą, a ruchy jelit swobodniejsze, jakto przy obfitéj zresztą podściółce tłuszczowéj miało miejsce w naszym 2gim przypadku.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O zmianach anatomicznych układu nerwowego w porażeniach difterytycznych. (Sprawozdanie z pracy J. Dejerina w *Archives de physiologie normale et pathologique; Mars-Avril 1878.*). Podał Dr. Stanisław Ponikło.

Dzięki badaniom drobnowidowym najnowszych czasów przy pomocy udoskonalonéj techniki histologicznéj coraz szczuplejszą staje się liczba chorób układu nerwowego zwanych funkcyjonalnemi, tj. takich, w których wprawdzie domyślamy się pewnych zmian anatomicznych bądź w ośrodkach nerwowych bądź w częściach obwodowych układu nerwowego, lecz takowych wykazać nie możemy. Że stosunkowo tak długo musieliśmy czekać na wyjaśnienie tych cierpień ściśle oznaczonemi zmianami chorobowemi układu nerwowego, tłumaczy dostatecznie trudność techniczna badania narządów tak skomplikowanych jak części układu nerwowego. Z tém większém zadowoleniem jednak witać winniśmy wszelką pracę rzetelną z dziedziny drobnéj anatomii chorobowéj układu nerwowego, nauki do niedawna pogrążonéj w ciemności, ale obecnie zdążającéj śmiałemi kroki do zajęcia miejsca równorzędnego z innemi działami obszernego zakresu anatomii patologicznéj. Cennym przyczynkiem w tym kierunku jest bezsprzecznie praca uskuteczniona przez Dejerina w pracowni patologii doświadczalnéj i porównawczéj w Paryżu.

Porażenia mięśniowe pojawiające się jużto w przebiegu błoniawy, jużto wśród wyzdrowin z tego cierpienia, tak dobrze znane pod względem klinicznym, nie były do niedawna badane pod względem anatomicznym i zostały bezwzględnie wliczone w szereg chorób nerwowych funkcyjonalnych *sine materia.* Dopiero w r. 1862 Charcot i Vulpian *(Compte-rendu de la Société de biol. 1862.)* ogłosili byli jeden przypadek porażenia difterytycznego podniebienia miękkiego, w którym zdołali wykazać zmiany chorobowe nerwów podniebiennych, polegające przeważnie na przeistoczeniu poszczególnych włókien nerwowych na rozpadową masę złożoną z drobnych ziarnek tłuszczowych, zmiany zupełnie podobne do tych, jakie zawsze napotykamy w części obwodowéj nerwów przeciętych przy rękoczynach chirurgicznych. Zmiany podobne stwierdzili następnie Lorain i Lépine *(Art. Diphthérie. Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurgie pratiques 1869.)* w jednym przypadku.

Bühl *(Einiges über Diphtherie. Zeitschrift für Biologie 1867.)* i Oertel *(Deutsches Archiv für klin. Med. VIII. 1871.)* uważali w istocie mózgowéj drobne wybroczyny z obwodowém rozmięknięciem tudzież znaczne obrzmienie korzeni przednich i tylnych rdzenia pacierzowego wywołane naciekiem komórkowym tkanki łącznéj śródnerwowéj.

Leyden *(Über Diphtherie in Virchow's Archiv. B. 56. 1872.)* stwierdził przy badaniu pośmiertném zmiany, które ocenił jako zapalenie nerwu „wędrujące“ *(neuritis migrans)* mogące postępować od obwodu aż do ośrodków nerwowych.

Vulpian *(Maladies du système nerveux, leçons faites à la faculté 1876 par le Dr. Bourceret.)* znalazł w jednym z dwu przypadków porażenia difterytycznego przez siebie badanych rozrzedzenie tkanki łącznéj części zewnętrznéj i tylnéj przednich rogów istoty szaréj rdzenia pacierzowego, tudzież zmianę dość wybitną komórek zwojowych, które były kształtu prawie regularnie kolistego o treści jednostajniejszéj i jądrze niewydatném; nadto wydały mu się wypustki komórek mniéj licznemi niż w stanie prawidłowym.

Rozrzucone te spostrzeżenia jednak ograniczające się do bardzo nielicznych przypadków nie wykazały szeregu zmian cechujących porażenia difterytyczne; zresztą dotyczyły tylko pojedynczych części układu nerwowego. Dejerine badał szczegółowo w 5ciu przypadkach zarówno nerwy obwodowe części porażonych, korzenie rdzenia pacierzowego, jak i samąż istotę rdzenia pacierzowego. Udało mu się wykazać w swych badaniach zmiany chorobowe wspólne wszystkim przypadkom badanym; nadto okazało się, że stopień zmian stoi w prostym stosunku do natężenia porażenia tudzież czasu trwania cierpienia.

W korzeniach przednich rdzenia pacierzowego znalazł Dejerine we wszystkich 5ciu przypadkach pewną ilość włókien nerwowych zmienionych w sposób wybitny; włókna te przedstawiały wysoki stopień zaniku; niektóre miały wygląd paciorkowaty, pochodzący z rozpadu rdzennika na kropelki tłuszczu, które będąc nagromadzone w znacznéj ilości w pewnych punktach osłonki nerwowéj wypukłały ją w tych miejscach; włókna osiowe tychże także były niewidoczne a jąderka osłonki daleko liczniejsze niż w stanie prawidłowym; pomiędzy złogami rdzennika rozpadłego można było udowodnić obecność, istoty zabarwiającéj się żółto pod wpływem pikrokarminu, istoty, która się pojawia we wnętrzu włókien nerwowych odciętych w jakikolwiek sposób od ośrodków; uważa ją Dejerine za wzmożenie się znaczne pierwoszczy napotykanéj w stanie fizyjologicznym pomiędzy osłonką nerwową a rdzennikiem.

W niektórych włóknach nerwowych mniéj zmienionych można było widzieć jeszcze włókna osiowe; znaczna część włókien była zupełnie zdrową.

Tkanka łączna śródnerwowa przedstawiała również ślady zadrażnienia; jąderka tejże były liczniéj nagromadzone, prócz tego zawierała znaczną ilość ciałek ziarnistych w sąsiedztwie włókien nerwowych chorobowo zmienionych.

Włókna nerwowe nerwów odnóg porażonych przedstawiały zmiany zupełnie równorzędne zmianom korzeni nerwów pacierzowych wyżéj opisanych.

Przy badaniu rogów przednich rdzenia pacierzowego uderzyła Dejerina skąpa ilość komórek zwojowych w poszczególnych gromadkach komórek napotkanych w istocie szaréj rogów przednich i znacznie zmniejszona ilość wypustek, które w stanie prawidłowym przerzynają we wszystkich kierunkach istotę szarą rogów. Pojedyncze komórki zwojowe były zmniejszone, a jakby zdążając do przybrania kształtu kolistego; wypustki w znacznéj części poznikały, pierwoszcza komórek była jednostajną, jądro niewyraźne. Tkanka łączna śródkomórkowa przedstawiała ślady zadrażnienia, ilość jąderek tejże znacznie zwiększona. Zmiana ta najwybitniéj występowała obok kanału środkowego *(myélite périependymaire).* Tu i owdzie można było spostrzedz śród komórek zwojowych ogniska nagromadzonych komórek okrą-

głych o średnicy 0.m001 do 0.m002. Ogniska te badane pod znaczniejszém powiększeniem okazały się jako gromadki tworów komórkowych okrągłych lub wrzecionowatych, rozmiarów ciałek białych krwi, zabarwiające się chciwie karminem.

W rogach tylnych rdzenia pacierzowego żadnych zmian chorobowych nie napotkano.

Naczynia włosowate istoty szaréj były zmienione wyraźnie, okazując różne okresy nawału krwawego od zwykłego przekrwienia i rozszerzenia aż do tworzenia wybroczyn.

Zmiany rdzenia pacierzowego opisane powyżéj znachodziły się w przypadkach porażenia wyłącznego odnóg górnych tylko w górnéj części rdzenia pacierzowego, w przypadkach zaś porażenia ogólnego wzdłuż całéj długości rdzenia.

(Dokończenie nastąpi.)

Dr. Klein: **O zmianach kiłowych nagłośni.**

Przypady: Zmiany kiłowe dotykają nagłośni w 3—6 lat po zmianach pierwotnych i występują bez bólu. Zmiany przedmiotowe są różne; jeżeli przebieg zapalenia jest ostry, zauważyć można zaczerwienienie, obrzmienie i powierzchowne owrzodzenia; w przypadkach zapalenia przewlekłego występuje naciek w błonie podśluzowéj i to w całym jéj obszarze lub w jéj części pod postacią obrzęku lub ropnia. Naciek zajmujący cały obszar błony podśluzowéj sprowadza z czasem zwężenie wejścia do krtani. Wrzody kiłowe albo są następstwem nacieków, albo też od razu we właściwéj sobie postaci pojawiają się na brzegach nagłośni sprowadzając czasem całkowite jéj zniszczenie. W obrębie wrzodów pojawiają się wybujałości ziarninowate.

Sprawa chorobowa kończy się wyleczeniem lub wytworzeniem się zwężenia, przyczém postać nagłośni staje się rozmaitą stósownie do stopnia owrzodzeń, granulacyj i zbliznowaceń. Zmiany kiłowe nagłośni najczęściéj zdarzają się u kobiet.

Rozpoznanie zawisło od całego obrazu chorobowego, a leczenie zasadza się na przyżeganiu kamieniem piekielnym, w razie zaś zwężenia rozszerzanie oddaje znakomite usługi. Wewnętrznie podaje się sublimat i jodek potasu. *(Wiener med. Wochensch. 1878, 16.)* *Obt.*

Isambert: **Leczenie zapalenia krtaniowego na tle kiłowém**

Cierpienie kiłowe leczy się zwykłemi środkami zachwalanemi z powodu ich skuteczności w przypadkach kiły a więc podaje się jodek rtęciowy *(Protojodur. Hydrarg.* 3 razy dnia po 0,015—0,02) lub sublimat wewnętrznie. Po okresie wtórorzędnym jodek potasu. W przypadkach uporczywych leczenie kombinowane ze środkami stężającemi, jak z żelazem, chininem. Przeciw cierpieniu miejscowemu: przedewszystkiém dyjeta odpowiednia, *alcoholica.* Należy unikać przeziębienia się W okresie przekrwienia i nadżerków powierzchownych zaleca się wdmuchiwanie kwasu garbnikowego, ałunu, azotanu srebrowego, a jeszcze lepiéj rozpylanie *(spray)* kwasu karbolowego, ałunu, siarkanu zynkowego. W okresie owrzodzeń należy pędzlować nalewką jodową, roczczynem azotanu srebrowego lub siarkanu miedziowego (1:30), ałunu (1:15), siarkanu zynkowego (1:100) najlepiéj z dodatkiem gliceryny lub też dotykać się ich laseczką kamienia piekielnego albo siarkanu miedziowego; dobre również usługi oddaje kwas chromowy (1:8). W okresie nekrozy (chrząstek nalewkowych) powstrzymuje zazwyczaj galwanokauter postępy cierpienia. Jeżeli trudności w oddychaniu wzmagają się z powodu mocnego obrzmienia, zaleca J. zgęszczony rozczyn kwasu chromowego (1:3), który sprowadza ściąganie się tkanin i ułatwia przystęp powietrza (w 2ch przypadkach wyleczenie), w razie przeciwnym należy dokonać cięcia krtaniowego. Wskazania do téj operacyi są następujące: wysoki stopień obrzęku zapalnego, ropnie, oddzielanie się martwinowe chrząstek, wybujałości, kilaki. *(Wiener med. W. 1878, 16).* *Obt.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne VIII z dnia 3go kwietnia 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 24.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Obtułowicz odczytał rzecz o wstrzykiwaniach podskórnych celem leczenia kiły. (Będzie umieszczoną w Przegl. Lek.) Kol. Warschauer oświadczył, że leczenie kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań odpowiednich leków nie utrzyma się w terapii, gdyż rezultaty tego leczenia nie okazują się lepszemi od wyników leczenia dawnego, a jeżeli powroty choroby w niektórych przypadkach nie tak często występują, zależy to raczéj od przyrody choroby saméj, ogólnie bowiem przypuszczają dwie formy kiły, uleczną, łagodną i nieuleczną złośliwą; drugą słabą stroną jest wysoka cena leków używanych ku temu celowi, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że podskórne wstrzykiwania mniéj wymagają zachodu i nie przeszkadzają pacyjentom w zajęciu codzienném. Kol. Obtułowicz przyznaje słuszność uwadze co do ceny leków, mimo to jednak są koszta leczenia za pomocą wstrzykiwań znacznie mniejsze, aniżeli przy wcieraniach maści rtęciowéj, jeżeli się uwzględni, że do przeprowadzenia całéj kuracyi nie potrzeba nigdy nad 0·35 gm., a z drugiéj strony uwzględni się nakład na pranie bielizny, niszczenie jéj i t. d. W łagodnych formach kiły możnaby wprawdzie zastąpić wstrzykiwania zadawaniem pigułek jodortęciowych, nie zawsze jest to wszakże możliwém ze względu na stan przewodu pokarmowego; i w tych właśnie przypadkach oddają wstrzykiwania wielką przysługę, gdyż równocześnie można wzmacniać ustrój chorego przez podawanie odpowiednich leków. Ważne są wstrzykiwania w praktyce prywatnéj, gdzie nieraz wprost niemożliwą jest rzeczą leczenie za pomocą wcierań. Na klinice prof. Rosnera są wcierania w ciągu 2 lat ostatnich rzadkością. Kol. Lutostański stwierdza, że skład peptonów używanych do wstrzykiwań nie jest stałym, każdy bowiem ma inne przymioty chemiczne; dopóki nie będzie stałego składu chemicznego, dopóty nie będzie żadnéj pewności; ważną byłoby rzeczą zwrócić także uwagę na chyżość chłonienia tych leków przy wstrzykiwaniach. Kol. O. powiada, że skład peptonów jest wprawdzie ważnym, więcéj jednak dla chemii, niżeli dla celów praktycznych, przy tworzeniu peptonów rozchodziło się Bambergerowi tylko o złagodzenie wpływu sublimatu na ustrój. Jako miarę chyżości chłonienia uważa prelegent szybkość pojawienia się rtęci w moczu; przed 1 ½ r. ogłosił prelegent swą pracę, w któréj na podstawie doświadczeń w pracowni prof. Stopczańskiego wykazał, że można wykazać rtęć w moczu już po 4 wstrzykiwaniach po 0.01 grm. Sigmund podaje, że już po 2 wstrzykiwaniach białkanu rtęci można wykryć rtęć w moczu za pomocą sposobu Ludwiga. Prelegent pracuje obecnie nad wynalezieniem prostéj metody wykrywania rtęci sposobem klinicznym bez niszczenia moczu. W kwestyi dostawania się rtęci do różnych wydzielin ustroju wspomina, że rtęć nie dostaje się wcale do mleka kobiet karmiących. Klink z Warszawy twierdzi wprawdzie *(Vierteljahrschrift f. Dermat)* że udało mu się wykryć rtęć w mleku kobiety leczonéj tym przetworem, za pomocą stosu galwanicznego; jest to jednak jedyne spostrzeżenie w literaturze. Inni badacze albo wprost przeczą,

albo milczeniem pomijają tę sprawę. Odnośny przypadek wydarzył się prelegentowi w ciągu bieżącego roku. Do kliniki prof. Rosnera przybyła wieśniaczka z objawami kiły wtórorzędnej, z dziecięciem dotkniętém kiłą wrodzoną. Dziecię, leczone za pomocą wstrzykiwań i kąpieli sublimatowych, zmarło z powodu zapalenia płuc; matkę leczono nacieraniami szaruchy. Mleko téj kobiety było badane przez prof. Stopczańskiego, nie wykryto jednak ani śladu rtęci. Kol. Zarewicz podnosi słuszność uwagi kol. Warschauera, że ze względu na rokowanie, wypada koniecznie odróżnić kiłę łagodną, uleczalną, od kiły złośliwéj, która mimo najlepszego zachowania się ze strony chorego i jak najtroskliwszéj opieki lekarskiéj zagraża choremu kalectwem albo śmiercią. Za daleko zaprowadziłoby wyliczanie okoliczności, wśród których kiła stać się może złośliwą, lub które niekorzystnie wpływają na przebieg choroby. Przeszedłszy w myśli niektóre sposoby leczenia dotychczas przeciw kile zachwalane, jak np. leczenie za pomocą rtęci, jodu, hydropatyczne, albo rozgłośny w Norwegii sposób leczenia za pomocą syfilizacyi, lub wreszcie leczenie czysto dyjetetyczno-higijeniczne, a zważywszy następnie owe świetne przez zwolenników tego lub owego sposobu leczenia wychwalane wyniki, przychodzimy mimo woli do przekonania, że dotychczas nie posiadamy jeszcze środka leczącego gruntownie kilę, albo co najmniéj, że nie tylko rtęć sama kiłę leczy. Faktom trudno przeczyć; rtęć usuwa zmiany, lecz nie zapobiega powrotom choroby. Dlatego zdaniem kol. Zar. nie należy w leczeniu kiły główną i wyłączną kłaść wagę na zadawanie rtęci, jak to po dziś dzień niestety często spostrzegać się daje, gdzie bez względu na przyszłość chorego, byle tylko jak najprędzéj usunąć istniejące zmiany, podaje się rtęć, lecz przestrzegać przeważnie należy zachowania się dyjetetyczno-higijenicznego, poprawiać ogólne odżywianie chorego, lub wreszcie znosić równoczesne cierpienia, a tam dopiero, gdzie zachodzi rzeczywista potrzeba, podawać rtęć w odpowiedniéj ilości i formie. W ten sposób postępując można choremu zapewnić spokojną przyszłość. Przystępując do właściwego tematu odczytu prelegenta namienia, że w pracach o wstrzykiwaniu podskórném celem leczenia kiły, ogłoszonych po Lewinie, w żadnéj niemógł dopatrzeć się owéj gruntowności i i ścisłości, jaką odznacza się praca Lewina. L. zależało głównie, pominąwszy inne względy, jak np. dokładność dawki leku wprowadzonego do ustroju, na wykazaniu czy i o ile zapobiegają wstrzykiwania podskórne powrotom chorobowym. Prof. Lewin wykazał, że recydywy występują bez względu na to, czy chory był leczony metodą podskórną lub nie, taka jednak zachodzi różnica, że gdy przy zwykłém leczeniu procent recydyw wynosi 80—90%, które w przeważnéj ilości przypadają na pierwsze lata po infekcyi, to natomiast po wstrzykiwaniach podskórnych zmniejszał on się do 45%; co, gdyby w ogóle odsetkowe liczby recydyw u syfilitycznych mogły być z wszelką ścisłością obliczane, należałoby uważać za nader korzystny wypadek leczenia. W późniejszych doświadczeniach dostrzega się pewnego uganiania się za nowemi przetworami rtęciowemi, przeważa wzgląd na bolesność w miejscu wstrzyknięcia, i na szybkość usuwania zmian syfilitycznych. Wątpić nie można, że każdy preparat rtęciowy usunie istniejące zmiany kiłowe, ale wątpić należy, czy w każdym przypadku choroby téj zależy na szybkości usuwania zmian chorobowych. Prelegent wspominał w odczycie swoim, iż wstrzykiwania podskórne białkanu rtęciowego nie zasługują na uwzględnienie z powodu, iż białkan rtęciowy jest preparatem niestałym, iż wywołuje ból w miejscu wstrzyknięcia, a w końcu, iż zauważał, że i w czasie leczenia występowały formy kiły, które były cięższe od poprzednich, dodał jednakowoż, iż procent recydyw po wstrzykiwaniach podskórnych białkanu rtęciowego wynosił 20%. Okoliczność ta, iż procent otrzymany jest tak małym, wystarczyć powinna sama przez się, by białkan rtęciowy zyskał prawo pierwszeństwa przed wszelkiemi innemi przetworami, nawet wtedy, gdyby bolesność była znaczniejsza, procent bowiem otrzymany byłby najkorzystniejszy, jaki dotąd otrzymać zdołano. Zdaje się jednak, że procent ten jest większym, niż go prelegent obliczył. Co do własnych doświadczeń kol. Zar., procent obliczany dorównywa niemal procentowi otrzymanemu po zadawaniu rtęci inną drogą, dlatego téż na jego oddziale rzadko bywają stósowane wstrzykiwania podskórne, a natomiast wewnętrzne leczenie i wcierania zyskują coraz więcéj zaufania w tych przypadkach, w których rtęć jest wskazaną; z tego nigdy nie wynika, by wstrzykiwania podskórne rtęci nie miały swego wskazania, mogą bowiem z korzyścią znaleść zastósowanie w przypadkach, w których cierpienia przewodu pokarmowego, albo rozległe cierpienia skóry sprzeciwiają się podawaniu rtęci wewnętrznie, albo przez skórę. Ilość wstrzykiwań w przypadkach leczonych doprowadzał kol. Zar. do 30 bez względu na to, iż zmiany kiłowe daleko wcześniéj ustępowały. Streszczając zapatrywania swoje co do sposobu leczenia kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań wyznaje, że nie widzi dotąd żadnéj znakomitéj ich wyższości nad sposobami dotąd używanemi, w każdym jednak razie wydarzyć się mogą przypadki, w których metoda wstrzykiwań może mieć korzystne zastósowanie. Kol. Warschauer sądzi, że lecząc kiłę za pomocą wstrzykiwań potrzeba zachowywać wszelką ostrożność, ażeby choremu z łagodniejszą formą nie wszczepić formy złośliwéj. Kol. Zarewicz wyliczając sposoby leczenia kiły nie wspominał o leczeniu za pomocą soli obopólnych. Kol. Obtułowicz oświadcza, że zadaniem jego pracy nie była krytyka różnych systemów i teoryj walczących o lepsze na polu syfilodologii, ale chęć zapoznania kolegów ze środkami zachwalanemi za granicą, i przedstawienie przedmiotowe zalet i wad poszczególnych środków. O statystykę chodzić nie mogło w obec szczupłéj liczby chorych i krótkiego czasu obserwacyi; wszakże nawet statystyka Lewina, rozporządzającego olbrzymim materyjałem Berlina, uległa krytyce Auspitza, który jéj odmawia podstawy umiejętnéj. Na uwagę kol. W. co do zachowania ostrożności przy wstrzykiwaniach, odpowiada, że wkłówając igłę głęboko, ale z należytą ostrożnością, ażeby nie wystąpiło broczenie, nie potrzeba obawiać się przezto przeniesienia zarazka z jednéj osoby na drugą, tém mniéj, jeżeli zaraz potém przestrzyknie się strzykawkę kwasem karbolowym.

3) Kol. Trauczyński przedstawił kilka preparatów farmaceutycznych własnego wyrobu, tak np. kapsulki z galarety z olejkami, wino chinowe itd. Kol. Lutostański wnosi wznowienie dawnéj komisyi, która miała za zadanie popierać rozpowszechnianie wyrobów krajowych, szczególnie aptekarskich. Na wniosek przewodniczącego wybrano: koll. Gralewskiego, Kwaśnickiego, Lutostańskiego, Ściborowskiego i Trauczyńskiego. *Dr. Wurst.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 2 maja. Jeszcze d. 10 grudnia r. z. Namiestnictwo poleciło Zarządowi kolei żelaznéj otworzenie szpitala tyfusowego dla służby kolejnéj w Podwołoczyskach. Zarząd przedstawił Protomedykowi stósowną lokalność a następnie doniósł Namiestnictwu, że szpital jest otwarty, ale do dziś dnia ani jednego chorego w szpitalu tym nie umieścił. W skutek tego niektórzy chorzy zmuszeni byli szukać schronienia we wsiach pobliskich, gdzie rodzina ich mieszka, i zawlekli tam zarazę, inni udali się do szpitala tarnopolskiego, innym wreszcie chorym Zarząd udzielił biletów wolnéj jazdy do miejsc odleglejszych, pomimo, że Namiestnictwo zakazało przewozić tyfusowych koleją, a tylko w wyjątkowych, uwzględnienia godnych przypadkach, zezwoliło na przewożenie takich chorych w osobnym wagonie 3iéj klasy i to tylko pod warunkiem, aby wagon pozostał na stacyi, gdzie chory wysiada i tamże zaraz uległ desinfekcyi. Mimo to wszystko kolej przewozi tyfusowych, a do samego Tarnopola przybyło z Podwołoczysk 12 chorych. Smutna to rzecz, jeżeli rozporządzenia u nas zawsze mają pozostać na piśmie i wypadałoby zaprawdę, aby Władza przypominała potrzebę stósowania się ścisłego do rozporządzeń nietylko jednostkom ale i Zarządowi kolei.

* Dowiadujemy się, że Dr. Jan Filewicz, praktykujący w Kolbuszowie, który zaraziwszy się u chorych zapadł był ciężko na dur osutkowy i zapalenie płuc, obecnie już ma się lepiéj i zaczyna przychodzić do siebie.

* Ciekawy przyczynek do historyi odkrycia obiegu krwi przez Harveya ogłosił prof. Ritter w Pradze czeskiej (w Nr. 17 *Prager med. Woch.* z rb.) W zbiorze poezyj łacińskich, który wyszedł w Oksfordzie w r. 1699 p. t. *Musarum anglicanarum Analecta,*" znajduje się poemat napisany przez teologa anglikańskiego Roberta Grove'go p. t. „*Carmen*

de sanguinis circuitu a Guilielmo Harvaeo, Anglo primum invento," który w 493 wierszach opisuje wiwisekcyję uskutecznioną na suce zwanéj Lycisca celem demonstrowania słuchaczom umyślnie zaproszonym obiegu krwi. Niektóre ustępy poematu podaje Ritter w tłumaczeniu niemieckiém i to w heksametrze wcale dobrym. Poemat dydaktyczny żywo przedstawia przygotowania do operacyi, rękoczyn sam. oraz wszystkie szczegóły anatomiczne, i to na podstawie wiedzy Harveyowskiéj. Ritter domyśla się, że wykład ten odbył się w czasie, gdy Harvey towarzysząc jako lekarz przyboczny uciekającemu królowi Karolowi I., bawił przez czas dłuższy w Oksfordzie. Ciekawém jest zjawiskiem, że autor podnoszący pod niebiosa zasługi Harveya a pocieszający emfatycznie sukę, że w zamian za katusze, które cierpi, imię będzie miała nieśmiertelne, jest teologiem, z czego wynika, że przed 200 laty inne miano w Anglii wyobrażenie o wiwisekcyjach, aniżeli obecnie.

D. 1 kwietnia rb. upłynęło lat 300 od dnia urodzenia się Harveya. Dnia tego nie obchodzono uroczyście w ojczyźnie wielkiego fizyjologa, co pochodzi ztąd, że anglicy rok rocznie święcą urodziny jego wykładami w król. kolegijum lekarzy, t. zw. „*Harveian lectures.*" Zwyczaj ten atoli polega na legacie 56 funtów kawy, które Harvey przekazał towarzystwu temu wraz z życzeniem, aby raz w rok zebrało się przy tym ulubionym jego napoju i odbyło wykłady!

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 16 (od 14 do 20 kwietnia włącznie) umarło w Krakowie osób 48; 21 mężczyzn i 27 kobiet; 27 osób w obwodach i 21 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 44,6; we Lwowie 33,1; w Warszawie 40,1; w Poznaniu 35,0; w Wiedniu 37,3; w Budapeszcie 41,8; w Pradze 45,4; w Tryjeście 33,6; w Bazylei 41,9; w Brukseli 27,8; w Paryżu 27,2; w Londynie 22,9; w Kopenhadze 26,7; w Chrystyjanii 19,9; w Petersburgu 65,2; w Wenecyi 31,9; w Bukareszcie 38,3; w Berlinie 30,1; w Królewcu 47,1; w Monachijum 34,4; w Augsburgu 40,5; w Würzburgu 45,9; w Lipsku 28,8; w Dreznie 30,1. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 5, mianowicie: 5 osób z duru powrotnego, a z chorób płuc osób 20.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Gussenbauer w Leodyjum (b. asystent Billrotha) zamianowany profesorem i przełożonym 2iéj kliniki chirurgicznéj w Pradze czeskiéj. — Prof. Lumniczer w Budapeszcie otrzymał tytuł radzcy król. — Docent prywatny i przełożony oddziału w zakładzie fizyjologicznym w Berlinie Dr. Baumann otrzymał tytuł profesora. — Docenci prywatni Drowie Sommerbrodt i Berger w Wrocławiu zamianowani proff. nadzw. — Dr. Matterstock habilitował się jako docent na wydziale lek. w Würzburgu. — Prof. anatomii w Królewcu (dawniéj w Dorpacie) Dr. Kupffer powołany został do Amsterdamu.

* W armii austryjackiéj zamianowani zostali lekarzami pułkowymi lekarze starsi Drowie: Jan Kaczkowski w 9tym, Filip Rogoziński w 53 pułku piechoty, Paweł Myrdacz w szpitalu garnizon. w Wiedniu.

* **Nekrologia**. Dr. Wład. Malinowski zmarł w 27 roku życia w Mańkówce Kijowskiéj na dur wysypkowy, zaraziwszy się lecząc jeńców tureckich. *(Gaz. Lek.)*

Wiadomość o kąpielach w Jastrzembiu na Górnym Szląsku. Źródło jastrzembskie zawdzięcza wartość swoją z jednéj strony wielkiéj ilości jodu, która to większą jest o połowę od ilości jodu źródła w Kreuznach, z drugiéj zaś strony pomyślnemu stosunkowi, z jakim ilość jodu i bromu do innych soli pozostaje. Źródła tego używać mogą chorzy najrozmaitszego wieku tak do picia jak i do kąpania bez wszelkich dodatków, tak jak w Kreuznach. Choroby, które w kąpielach jastrzębskich z jak najpomyślniejszym rezultatem leczą się, a które to rezultaty przez najsławniejszych berlińskich i wrocławskich lekarzy są stwierdzone, są następujące: 1) Chroniczne nabrzmienie macicy. 2) Wszelkie nieprawidłowości miesiączki. 3) Białe upławy, których przyczyną zołzy lub chroniczne zapalenie błony maciecznéj lub pochwy. 4) Włókniaki maciczne. 5) Chroniczne zapalenie jajników i równoczesne powiększenie się tychże. 6) Wszelkie choroby gruczołów piersiowych. 7) Wszelkie zwiększenia się i choroby gruczołów we wszystkich częściach ciała. 8) Próchnienie i martwienie kości. 9) Kiła i w najwięcéj zastarzałych przypadkach. 10) Wiele chorób skórnych. 11) Gościec i wszelkie udary. 12) Skrofuliczne zapalenia ócz i uszu.

Podróżni, którzy z Pesztu, Wiednia i Pragi przyjeżdżają, najlepiéj czynią, jeżeli posługują się koleją północną Ces. Ferdynanda przez „Oderberg" do „Petrowic," która to stacyja tylko $^3/_4$ mili jest oddaloną od Jastrzembia. Podróżnym z Polski poleca się koléj warszawską przez Katowice, Rybniki, ze Lwowa przez Kraków, Oświęcim do Petrowic. Z Rybnik chodzi codziennie poczta, a prócz niéj każdéj chwili są konie prywatne do dyspozycyi. Pomieszkań w Jastrzembiu jest bardzo dużo. Sześćset pokoi jest gotowych na przyjęcie gości; najlepiéj jednak jest przed przybyciem do Jastrzembia zamówić sobie przez zarząd tak konie jak i pomieszkanie. Na wszelkie zresztą zapytania daje jak najchętniéj odwrotną odpowiedź dyrygujący lekarz

Dr. Weissenberg.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w Jenie: Życzenie szan. Kolegi co do korespondencyi doszło nas za późno; odbitki z rozprawki w numerze niniejszym drukowanéj otrzymasz kolega w ciągu przyszłego tygodnia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyrażnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 11 Maja 1878. № 19. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Operacyje następowe:

W 5ciu oczach odcięto odpadniętą tęczówkę a w 2ch bliznę torbielowatą.

Rozcięcie zaćmy następowéj wykonano w 11 oczach; w 10 z nich osiągnięto polepszenie wzroku, a mianowicie:

W 1 oku	z S $1/\infty$	na	$^{20}/_{200}$
„ 1 „	z S $^{5}/_{200}$	„	$^{20}/_{70}$
„ 1 „	z S $^{10}/_{200}$	„	$^{20}/_{100}$
„ 1 „	z S $^{15}/_{200}$	„	$^{20}/_{70}$
„ 1 „	z S $^{20}/_{200}$	„	$^{6}/_{24}$
„ 1 „	z S $^{20}/_{200}$	„	$^{20}/_{40}$
„ 2 „	z S $^{20}/_{100}$	„	$^{20}/_{50}$
„ 1 „	z S $^{20}/_{100}$	„	$^{20}/_{70}$
„ 1 „	z S $^{6}/_{24}$	„	$^{6}/_{12}$

w 1 oku zaś, które z powodu grubéj zaćmy następowéj z małym otworem miało S $^{20}/_{200}$ wystąpiło po rozcięciu tejże ropne zapalenie całéj gałki ocznéj i zakończyło się zupełną ślepotą.

W 3ch oczach rozdarto zaćmę następową *(dislaceratio)* i poprawiono wzrok z $1/\infty$ na $^{6}/_{36}$, z $^{10}/_{70}$ na $^{20}/_{50}$ i z $^{20}/_{100}$ na $^{20}/_{50}$.

W 1ém oku wykonano irydektomiję, a późniéj rozcięto zaćmę następową, skutkiem czego zamieniono $1/\infty$ na $^{10}/_{70}$.

W 1ém oku z S $1/\infty$ wykonano irydektomiję, ale osiągnięto tylko $^{5}/_{200}$ z powodu zaćmy następowéj, na któréj rozcięcie nie zgodził się 89-letni chory.

W 1ém oku wykonano irydotomiję (sposobem Graefego) bez skutku.

W 1ém oku nareszcie wydobyto dawnym sposobem liniowym zaćmę następową, przyczém wycięto kawałek tęczówki i poprawiono S z $^{8}/_{200}$ na $^{15}/_{200}$.

Pobyt operowanych w klinice.

Jak to już powyżéj wykazałem pochodzili wszyscy chorzy z wyjątkiem 19 z okolic mniéj lub więcéj odległych od Krakowa. Już ta okoliczność wzbraniała mi wypuszczać ich z kliniki zaraz z ukończeniem właściwego leczenia, a zniewalała mnie do zatrzymywania ich dopóty, dopóki stan oka operowanego wymagał choćby tylko samego dozoru lekarskiego i chronienia od szkodliwych wpływów. Uwzględniając prócz tego, że rodzaj zatrudnienia i ubóstwo ogromnéj większości operowanych nie pozwalają im po powrocie do domu szanować się jeszcze przez niejaki czas, lecz zmuszają ich zaraz do oddania się ciężkiéj pracy i narażania się na mnóstwo szkodliwych wpływów, mogących upośledzić, a nawet zniszczyć pomyślny wynik operacyi, przedłużałem pobyt operowanych w klinice zasadniczo aż do mocnego zabliźnienia się ranki i ustąpienia wszelkich śladów zadrażnienia oka. Nawet w najpomyślniejszym razie zatrzymywałem operowanych do początku trzeciego tygodnia. Zasadę tę przychodziło mi nieraz przeprowadzać wbrew woli operowanych, niemogących zrozumieć potrzeby dłuższego pobytu w zakładzie, skoro już widzą, a bólów nie mają. Tém jako téż przeprowadzeniem zasady nieoperowania obu óczu równocześnie tłumaczy się stosunkowo długi przeciętny pobyt, wynoszący na każdą z 319 operacyj po 24·5 dnia, licząc od dnia operacyi aż do dnia wystąpienia z kliniki. Kilkunastu operowanych wróciło do domu wbrew moim przedstawieniom już w 10 do 12 dni po operacyi; większość przypadków pomyślnych z prawidłową sprawą gojenia opuszczała klinikę w połowie lub pod koniec trzeciego tygodnia; pobyt operowanych, u których zaszły ciężkie zboczenia w przebiegu gojenia, przedłużał się do kilku tygodni, a niektórych do kilku miesięcy.

Wypadki co do wzroku.

Próby wzroku uskuteczniane przy występowaniu operowanych z kliniki nie dają należytego wyobrażenia o bystrości ostatecznie odzyskanego wzroku, a to z powodu, iż

tenże poprawia się zazwyczaj jeszcze bardzo znacznie przez kilka następnych miesięcy. W ciągu tego czasu zmniejsza się niezborność *(astigmatismus)* powstała w skutku operacyi, oczyszcza się źrenica, wyjaśniają się do reszty środki łamiące. Dopiero więc po upływie tego przeciągu czasu należałoby badać wzrok, ale sposobność po temu wydarza się tylko bardzo rzadko i przypadkowo, a u przeważnéj większości operowanych poprzestać musimy na wiadomości o wzroku, z jakim zakład opuszczają. Nie mogąc zaś znać u wszystkich operowanych wypadku ostatecznego, nie pozostaje nam gwoli jednostajności nic innego jak podać u wszystkich wypadek pierwotny tj. ten, z jakim z kliniki wystąpili.

Poniżéj podane wypadki pierwotne otrzymano badając widzenie w dal (dawniéj na 20 stóp, pożniéj na 6 metrów) za pomocą tablic Snellena. Ktokolwiek zaś badał obok tego i widzenie w pobliżu, wie bardzo dobrze, iż takowe wskazuje większą bystrość wzroku, a to z powodu znaczniejszego powiększenia kąta widzenia przez mocniejsze szkła wypukłe, których do widzenia w pobliżu potrzeba. To uwzględniwszy przedstawiają się pierwotnie osiągnięte wypadki jak następuje:

$S\ ^{20}/_{20}$	lub $^{6}/_{6}$	w 1	przypadk.	tj.	0·31%	I 91·85%
$S\ ^{20}/_{30}$	„ $^{6}/_{9}$	„ 3	„	„	0·94%	
$S\ ^{20}/_{40}$	„ $^{6}/_{12}$	„ 29	„	„	9·09%	
$S\ ^{20}/_{50}$	„ $^{6}/_{18}$	„ 58	„	„	18·18%	
$S\ ^{20}/_{70}$	„ $^{6}/_{24}$	„ 94	„	„	29·47%	
$S\ ^{20}/_{100}$	„ $^{6}/_{36}$	„ 66	„	„	20·69%	
$S\ ^{20}/_{200}$	„ $^{6}/_{60}$	„ 42	„	„	13·17%	
$S\ ^{15}/_{200}$	„ $^{5}/_{60}$	„ 2	„	„	0·63%	II 2·50%
$S\ ^{10}/_{200}$	„ $^{3}/_{60}$	„ 4	„	„	1·25%	
$S\ ^{5}/_{200}$	„	„ 1	„	„	0·31%	
$S\ ^{3}/_{200}$	„	„ 1	„	„	0·31%	
$S\ ^{1}/_{\infty}$ z nadz. odz. wzr.		2	„	„	0·63%	III 0·63%
$S\ ^{1}/_{\infty}$ bez „	„	„ 3	„	„	0·94%	IV 5·02%
So		13	„	„	4·08%	

Wypadki powyższe dzielą się na cztéry gromady.

Do gromady I. należą wszystkie oczy, które odzyskały bystrość wzroku od $^{20}/_{20}$ do $^{20}/_{200}$, uzdalniającą operowanych do wszelkich zatrudnień, szycia, pisania i czytania druków drobnych (z $S\ ^{20}/_{20}$ aż do $^{20}/_{100}$), a przynajmniéj średnich ($S\ ^{20}/_{200}$). Wypadki takie zaliczane powszechnie do zupełnie pomyślnych stanowią 91·85%.

W IIgiéj gromadzie mieści się 8 czyli 2·50% operowanych, którzy odzyskali bystrość wzroku pozwalającą im czytać duże druki i wykonywać grubsze roboty (6 przypadków z $S\ ^{10}/_{200}$ i $^{15}/_{200}$), albo przynajmniéj chodzić bez przewodnika (2 przypadki z $S\ ^{3}/_{200}$ i $^{5}/_{200}$). Ci ostatni mogli doznać jeszcze znacznéj poprawy wzroku za pomocą operacyi następowéj, a mianowicie u kobiety z $S\ ^{3}/_{200}$ i zamknięciem źrenicy po cięższém zapaleniu tęczówki z wypociną plastyczną obiecywała irydektomija znaczne polepszenie wzroku, lecz chora nie chciała się na nią zgodzić. Drugim jest ten sam starzec 89 letni, o którym wspomniałem powyżéj, że odzyskawszy $S\ ^{5}/_{200}$ w skutku irydektomii nie przystał na wskazane jeszcze rozcięcie zaćmy następowéj.

Gromada IIIcia najszczuplejsza obejmuje tylko dwa przypadki (0·63%), które nie odzyskały wprawdzie wzroku w chwili wystąpienia z kliniki, ale miały wszelką ku temu nadzieję. Obie te operacyje uskutecznił Dr. Wurst. W jednym z tych przypadków była źrenica zarośnięta, a chory otrzymał polecenie stawienia się później do irydektomii, czego jednak dotąd nie uczynił*); drugiego przeniesiono w lipcu 1877 z powodu zamknięcia kliniki do szpitala św. Łazarza z krwotokiem do ciałka szklanego już ustępującym, z dobrém poczuciem światła i należytą zdolnością lokalizowania. Dalsze losy tego oka, które prawdopodobnie bez dalszéj pomocy wzrok odzyskało, nie są mi wiadome.

Gromadę IV wreszcie tworzą 3 oczy z utrzymaném wprawdzie poczuciem światła, ale mniéj więcéj wyraźnemi oznakami zaniku i 13 ócz pozbawionych zupełnie poczucia światła, wszystkie (5·02%) bez żadnéj nadziei odzyskania wzroku.

Osiągnięto więc:

Wypadek dodatni, zupełnie pomyślny	w	91·85%	
„ „ pośledni	„	2·50	„
„ ujemny z nadz. odzysk. wzroku	„	0·63	„
„ „ bez nadziei „ „	„	5·02	„

Muszę tutaj zrobić uwagę, że do wypadków zupełnie pomyślnych zaliczyłem jedno oko, które odzyskawszy skutkiem operacyi Graefego $S\ ^{20}/_{200}$ utraciło nieszczęśliwym przypadkiem wzrok zupełnie po rozcięciu zaćmy następowéj. Nie zdawało mi się słuszném pisać stratę tego oka na karb operacyi Graefego; gdybyśmy to jednak uczynili, mielibyśmy 91·54% wypadków zupełnie pomyślnych, a za to 5·33% zupełnéj straty.

B. Inne rodzaje zaćm operowanych różnemi sposobami.

Oprócz zaćm samorodnych niepowikłanych operowano jeszcze u osób 56 (34 płci męzkiéj, a 22 żeńskiej) zaćmy rozmaitego rodzaju, a mianowicie na jedném oku u 33, na obu oczach u 23 osób, uskuteczniono więc razem 79 różnych operacyj.

Postacie zaćmy były następujące:

1.	Zaćma suchotorebkowa i błoniasta	w 22	oczach
2.	„ urazowa	„ 8	„
3.	„ następ. w skutku różnych chor. oka	„ 25	„
4.	„ cukrzycowa	„ 3	„
5.	„ miękka samorodna	„ 7	„
	„ płynna „	„ 4	„
6.	„ warstwowa	„ 8	„
	„ osiowa wrodzona	„ 2	„
	Razem	79	

1. Z powodu zaćmy szczątkowéj (suchotorebkowéj i błoniastéj) samorodnéj operowano ócz 22 u 13 osób. U wszystkich była zaćma obuoczną, u 3 wrodzoną, u 4 powstała w pierwszym roku życia, u 6 zaś dopiero później, ale jeszcze przed 20tym rokiem życia. Najmłodszy z operowanych miał 14 miesięcy, najstarszy 32 lat.

Na osobną wzmiankę zasługuje przypadek u dziewczyny 11-letniéj, która jako noworodek przebyła ostry śluzoropotok spojówek, po którym pozostała na obu oczach utrata wzroku. W obu oczach były środkowe plamy rogówki i niezwykle piękna i duża zaćma stożkowa *(cataracta pyramidalis)*, prócz tego jednak cała soczewka zaćmiona i we wszystkich rozmiarach szczuplejsza. Na oku prawém, które miało tylko poczucie światła, wykonałem dawne wydobycie liniowe z wy-

---

*) Już po oddaniu rękopisu do druku zgłosił się ten chory do kliniki, a irydektomija wykonana w dniu 11 kwietnia b. r. przywróciła $S\ ^{3}/_{60}$.

cięciem kawałka tęczówki i osiągnąłem S $^{5}/_{200}$; na oku lewém operowaném sposobem Graefego poprawiono S z $1^{1}/_{2}/_{200}$ na $^{15}/_{200}$. Zaćma ta posłużyła do poszukiwania drobnowidowego nad zaćmą stożkową, dokonanego przez Dra Eberharda pod kierunkiem prof. Biesiadeckiego w pracowni patologiczno-anatomicznéj, a ogłoszonego w Pamiętniku Akademii Umiejętności w Krakowie.

Z tych 22 ócz operowano 10 dawnym sposobem liniowym (9 z nich z irydektomiją), 12 zaś oczów sposobem Graefego.

Z pierwszych 10 oczu odzyskało:

S $^{20}/_{200}$	 1
S $^{12}/_{200}$	 2
S $^{8}/_{200}$	 1
S $^{5}/_{200}$	 2
S $^{2}/_{200}$	 1
S $^{1}/_{\infty}$	 1

W 2 oczach 14 miesięcznego dziecka był wypadek zupełnie pomyślny, ale o oznaczeniu S w tym wieku nie mogło być oczywiście mowy.

Sposobem Graefego operowano oczów 12 i z tych odzyskało:

S $^{20}/_{70}$	 2
S $^{25}/_{200}$	 1
S $^{20}/_{200}$	 1
S $^{10}/_{200}$ do $^{15}/_{200}$	. . 5
S $^{6}/_{200}$	 1
S $^{1}/_{\infty}$	 1
S o	 1

Zupełna utrata ostatniego oka nastąpiła w skutku ropnego zapalenia całéj gałki ocznéj, wywołanego przez ciężki uraz przypadkowy w trzeciéj dobie po operacyi.

2. Zaćm urazowych również jak poprzednie mniéj lub więcéj szczątkowych operowano 7 u 7 osób, prócz tego jeden przypadek urazowego zwichnięcia soczewki do komórki przodkowéj.

U 2 mężczyzn wpadł przy strzelaniu odłamek kapzli do oka. Jeden z nich przyjęty w trzy dni późniéj do kliniki przedstawił w rogówce rankę już zlepioną, zapalenie tęczówki z tylnemi przyczepinami i pęcznienie zaćmionéj soczewki. W górnym odcinku tejże tkwił szerszym swoim końcem nieregularny odłamek kapzli na 4 mm. długi a 2 mm. szeroki. Po wykonaniu cięcia sposobem Graefego i wycięciu kawałka tęczówki wypuściłem większą połowę zaćmionéj i rozmiękłéj soczewki, a następnie wyciągnąłem ciało obce szczypczykami. W 14 dni późniéj opuścił operowany klinikę wbrew wszelkim przedstawieniom z okiem jeszcze lekko zadrażnioném ale wśród odbywającego się w najlepsze wsysania resztek soczewki licząc już palce na 2 stopy (S $^{2}/_{200}$).

Drugi z tych mężczyzn przedstawił się dopiero w miesiąc po wpadnięciu odłamka kapzli do oka z soczewką zaćmioną, okiem nieco miększém, zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego, a przytém z dość dobrém jeszcze poczuciem światła. Ciała obcego nie można było nigdzie wykryć. Po niejakiém uśmierzeniu przypadów zapalnych wykonałem cięcie płatowe i wypuściłem soczewkę z oka, ale i potém nie udało mi się odszukać ciała obcego, operowany opuścił klinikę z okiem wyraźnie zanikającém i śladem poczucia światła nie zezwalając na wyłuszczenie gałki ocznéj, wskazane ze względu na niebezpieczeństwo cierpienia współczulnego drugiego oka.

W trzy miesiące po uderzeniu się kłosem przy żniwie w oko prawe wstąpiła do kliniki 19-letnia dziewczyna wiejska z zaćmą miękką, już bez oznak zapalenia i jakiegokolwiek innego śladu doznanego uszkodzenia. Po prawidłowém wydobyciu zaćmy sposobem Graefego odzyskała operowana S $^{10}/_{200}$.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego.

O uwięzgnieniach wewnętrznych w skutek zwężlenia jelit *(nodus intestinalis)* powstałych.

(Rzecz przedstawiona w Tow. lek. galic.)

Opisał Dr. Longin Feigel,

Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 18.)

Inny warunek powstania takich zwężleń stanowią nieprawidłowa długość jelit i niezwykłe wymiary szerokości i wysokości kresek. Jak już namieniliśmy, szerokość podstawy kresek ujętą jest w pewną stałą granicę, mianowicie zajmuje ona przestwór od wcięcia dwunastnicowo-czczego *(incisura duodeno- jejunalis)* do jelita ślepego. Długość téj przestrzeni pozostaje zawsze jednakową, czy jelito cienkie jest krótszém lub dłuższém. Z tego wynika zaś, że kreska stosunkowo dla pewnego jelita szeroka może być dla innego jelita wąska, a stosunek między wysokością kreski a szerokością u podstawy z jednéj strony a u wolnego brzegu z drugiéj strony, może być bardzo rozmaitym. Co się tyczy długości jelit cienkich, to francuscy autorowie podają ją znacznie mniejszą, niż angielscy i niemieccy. Hyrtl podaje prawidłową długość jelit cienkich na 15 — 20' (4·7 — 6·3 metra), Krause na 17—19' (5·47 — 6·0 metra); prof. Gruber zaś podaje najniższą długość jelit cienkich w Rosyi na 20 — 27' (6·3 — 8·6 metra) a podaje, że $^{2}/_{5}$ rosyjskich jelit przewyższa najwyższą długość jelit niemieckich, miał zaś sposobność widzieć nawet jelita cienkie długości 56' (17·7 metra). Czy te nadzwyczajne długości są wrodzone lub zależą od sposobu żywienia, na to brakuje stanowczych dat. Küttner jednak przemawia za tém, iż według analogii musimy przypuścić ostatnie; jak bowiem jelita zwierząt roślinożernych są dłuższe, niż mięsożernych, tak też możemy u ostatnich przez odpowiednie żywienie pokarmami roślinnemi takowe przedłużyć. I tak podaje Hyrtl, że z dwóch kotów (równocześnie urodzonego rodzeństwa), jeden żywiony li mięsem, miał po jednym roku życia jelito o 3 cale krótsze, niż drugi, którego żywiono pokarmem roślinnym. Küttner sądzi też, że przeważnie roślinne pożywienie gminu w Rosyi, do którego powód dają liczne posty (190 dni w roku), wiele się przyczynia do znacznéj długości jelit. Wiadomo zaś powszechnie, że warunki podobne istnieją po większéj części i u nas, mianowicie w wschodniéj części Galicyi, skąd też z góry przypuścić można jako prawdopodobną większą długość przeciętną jelit naszych ziemianów. Jakoż dochodzenia w téj mierze rozpoczęte potwierdzają w zupełności to przypuszczenie, a wyników jego, skoro dojdą do pewnéj poważniejszéj liczby, nie zaniedbam w swoim czasie podać do wiadomości publicznéj.

Ten sam niestosunek w szerokości krések, jak w jelitach cienkich, powtarza się i w zagięciu esowatém. Każde zagięcie, krótkie czy długie, posiada u podstawy równie szeroką kréskę. Jeżeli zaś stosunek ten jest zmienionym tj. kréska u podstawy zagięcia jest wąską, a w szczycie szeroką, lub też jelita ułożone są tuż obok siebie i prawie nieposiadają krésk, okręcanie się ich i zaplątanie z innemi zwojami kiszek staje się bardzo możliwém. Tém łatwiéj może się splątanie takie dokonać, jeżeli nadto kreski i jelita są wadliwie przyczepione. Czém bardziéj prostopadle ułożoną jest podstawa krések, tem łatwiéj mogą jelita okręcić się i zaplątać, a przynajmniéj daleko łatwiéj, niż gdy podstawa ta leży poziomo, a jelita od niéj wiszą prosto ku dołowi. Przyczepienie końca jelita biodrowego na krótkiéj bardzo krésce, jak w obu naszych przypadkach (4 i 6 cm.) a raczéj brak kréski w téj długości ułatwić musi z powodów powyż opisanych zmiany w położeniu jelit. Skoro zaś warunki takie są dane, wtedy czynniki takie, jak istniejące przy każdém trawieniu, nierówne napełnienie jelit gazami i kałem, kurcze jelit, wstrząśnienia nagłe ciała, pokrótce wszystkie nagłe poruszenia jelit mogą sprowadzić owe zmiany, które opisaliśmy wyjaśniając sposób wytworzenia się obu zwężleń a za tém i zwężlenie jelit.

Najbliższém następstwem zwężlenia takiego będą naturalnie zastoiny żylne, obrzęk wszystkich warstw jelit szybko postępujący, wybroczyny w jamę i w utkanie jelit i w utkanie krések uciśniętych, a w następstwie tego węzeł stanie się coraz to większym, zacieśnia się coraz to silniéj, a rozpłątanie jego dobrowolne stanie się zupełnie niemożliwém. Zapalenia otrzewny nie zauważył Küttner nigdy przy takich uwięzgnieniach, nawet gdy zmiany chorobowe trwały 5 — 6 dni, co i z naszéj strony musimy zauważyć. Według niego ucisk i porażenie pojedyńczych gałązek nerwu współczulnego przechodzi na współczulne organa ośrodkowe i zabija jak przy zapaleniu otrzewny. Zewnętrzne zaś objawy bywają w tych przypadkach podobne, jak przy cholerze: zniżenie znaczne ciepłoty ciała, tętno nikłe, objawy porażenia serca, zapad, sinica, bezgłos itd. Jeżeli przy takim obrazie brakuje wymiotów, to reszta objawów jest tak charakterystyczną, że w rozpoznaniu zaledwie zajść może pomyłka.

W jak długim czasie wyrabiają się podobne zwężlenia, dokładnie oznaczyć trudno; zależy to od silniejszych lub słabszych ruchów robaczkowych, tak, że środki ostre czyszczące zapewnie przyczyniają się do prędszego i zupełniejszego zaciśnięcia węzła, zamiast choremu dopomódz.

Chociaż w obu naszych przypadkach ani rozpoznania ścisłego nie uczyniono, ani leczenie nie było za tém skierowane ku usunięciu w ogóle uwięzgnienia wewnętrznego, a w szczególności zwężlenia jelit, to przecież sądzę, nie od rzeczy będzie, poznać pokrótce zdanie dotyczących autorów w téj mierze.

Otóż wedle zdania Küttnera (l. c.) rozpoznanie wewnętrznego uwięzgnięcia przy niejakiéj ostrożności jest wcale łatwém, a jako dowód na to twierdzenie przytacza on, że z 19 przypadków rozmaitych odmian uwięzgnień wewnętrznych, które miał sposobność widzieć przy sekcyi, wszystkie już w chwili przyjęcia chorych do szpitala, a więc przy pierwszém i często powierzchownem zbadaniu zostały jako takie rozpoznane; z drugiéj zaś strony z wielu sekcyj nie zdarzył mu się przypadek, ażeby okręcenie jelit zostało rozpoznaném, a sekcyja rozpoznania nie potwierdziła. Nagła utrata sił, zniżenie ciepłoty i tętna, sinica twarzy, oczy zapadłe, głos próżny, bóle w dolnéj części brzucha nagle powstałe, a często umiejscowione w ściśle ograniczoném miejscu, a to w czasie, kiedy jeszcze niema wymiotów, stolce odchodzą, a bębnica, jeżeli w ogóle się rozwinie, jeszcze nie istnieje, stanowią przypady tak charakterystyczne, że można po nich z pewnością i wcześnie rozpoznać uwięzgnienie wewnętrzne. Z drugiéj strony uważa Küttner wczesne rozpoznanie uwięzgnienia za nadzwyczaj ważne, ponieważ takowe, jak w żadnéj innéj chorobie, wpływa na leczenie bądź środkami wewnętrznemi, bądź operacyjne. W żadnéj chorobie śmiertelność nie wzrasta też z trwaniem choroby tak szybko, jak w uwięzgnieniach, a ruchy robaczkowe podniecone sposobem naturalnym lub sztucznym pogarszają chorobę z każdą chwilą. Natomiast jest wedle Küttnera niemożebną rzeczą, oznaczyć bliżéj za życia chorego siedzibę i rodzaj uwięzgnięcia, a wszystkie dotychczas podawane oznaki, które wskazywać mają na pewien rodzaj uwięzgnienia a wykluczyć inny, okazały się dotychczas bezpodstawnemi. Hyrtl podaje, że przy uwięzgnieniach wewnętrznych górna część jelit będzie rozdętą, dolna zapadłą, przy uwięzgnieniach zatém jelita cienkiego część rozdęta ograniczy się do okolicy pępka i dolnéj części brzucha, podczas kiedy w przypadkach uwięzgnienia w jelicie grubém rozdęcie będzie więcéj jednostajnie rozlaném. Podanie to sprawdza się przy wgłobieniach, nie potwierdza się zaś przy wszelkich innych rodzajach uwięzgnień wewnętrznych. W przypadkach Küttnera ograniczała się bębnica, skoro nie istniało przytém zapalenie otrzewny, tylko do części uwięzgniętéj jelita, wszystkie zaś inne części jelita, górne i dolne, były zapadłe i blade skutkiem wzajemnego mechanicznego uciśnięcia. Amussat radzi za pomocą lewatyw oznaczyć w przybliżeniu pojemność jelit poniżéj miejsca uwięzgnięcia się znajdujących; Wachsmuth proponuje badanie zgłębnikiem prostnicowym. Chociaż nieda się zaprzeczyć, że niektóre rodzaje uwięzgnień, jak okręcenie i zwężlenie zakrzywienia esowatego, w razie udania się zondowania takiego, mogłyby być wykluczone, to przecież rodzaj uwięzgnienia bynajmniéj jeszcze niemógłby być ściśle oznaczonym. Wydęcie podbrzusza zdarza się przy zwężleniach, jak przy okręceniach zakrzywienia esowatego. Jeżeli takowe jest przytém bardzo długie, to podnosi się ono w lewém podżebrzu aż do śledziony, a ograniczony wypuk bębenkowy jest wtedy dla rozpoznania rozstrzygającym; niekiedy jednak niema w takich przypadkach bębnicy a więc i odgłosu bębenkowego. Wyraźne zarysowanie się trzech wałków poprzecznych w ścianach brzusznych nie jest również żadną wskazówką dla rozpoznania jednéj lub drugiéj odmiany uwięzgnienia. Küttner przypomina też i okoliczność, iż w przepuklinach, zadzierzgnieniu, okręceniu jelit, śmierć następuje zwykle w kilka do kilkanastu dni, w zwężleniach zaś w 14 — 36 godzin; stąd wniosek, że obok innych i ta okoliczność mogłaby przemawiać za tym lub owym rodzajem uwięzgnięcia wewnętrznego.

Co się wreszcie tyczy sposobu leczenia takich zwężleń, schodzi się ono z leczeniem wewnętrznych uwięzgnień w ogóle. Zwykle dotychczas używany sposób leczenia ograniczał się do podawania środków, które albo wzmagały ruchy robaczkowe, lub też wydzielinę jelit. O ile jednak Rust przy sposobności omówienia przepuklin występuje przeciw takiemu postępowaniu, jako wprost szkodliwemu, o tyle gani je Küttner w przypadkach zwężlenia, ponieważ węzeł przytém tylko silniéj się zaciśnie a choremu sprawia się niepotrzebnie bardzo znaczne bóle. Przeciwnie, jak największy spokój, ciepłe kąpiele, kawałki lodu i okłady zimne są jak w prze-

puklinach, tak w przypadkach uwięzgnień wewnętrznych i zwężleniach jedynie racyjonalnemi. Postępowanie takie jednak nie doprowadzi często do celu, a leczenie operacyjne będzie tu tém więcéj i rychléj wskazaném, ile że brakuje nam wglądu w bliższe stosunki i oznaczyć nie można, jak długo z operacyją można jeszcze wyczekiwać, a nadto przebieg w tych przypadkach jest bardzo rychłym. Maisonneuve, Nélaton, Tüngel, Wachsmuth, radzą jak najspieszniejsze otworzenie jamy brzusznéj bez względu na rodzaj uwięzgnienia. Wedle Tüngla i Nélatona jednak wyszukanie i usunięcie przeszkody niejest głównym celem operacyi, lecz otworzenie jelita nad i ile możności w bliskości istniejącego uwięzgnienia; chodzi im bowiem głównie o utworzenie sztucznéj rzyci, a wedle mniemania Tüngla wypróżnione jelito samo się rozpłącze. Küttner słusznie zauważa, że przy takim sposobie operowania łatwo stać się może, że nie jelito nad miejscem uwięzgnienia lecz samo jelito uwięzgnięte może być zaszytem w ścianę brzuszną, a wtedy rozplątanie stanie się zupełnie niemożliwém. Według niego powinno się miejsce zwężlone zawsze odszukać, a przy znajomości rzeczy jestto zawsze możliwém. Kreska i okrężnica zstępująca są tu pewnemi przewodnikami, ostatnie dla znalezienia zakrzywienia esowatego, obie dla odszukania węzła. Od tych części dochodzi się do zatok po za jelitem ślepém, dwunastnicowo-czczéj i do międzyesowatéj; pierwsze dwie bowiem leżą po obu końcach kresek, ostatnia pomiędzy ramionami zakrzywienia. Po wyszukaniu zwężlenia ocenienie jego należyte i rozplątanie wynikają z dobrego pojęcia sposobu zwężlenia. Słusznie bowiem Gruber zauważa, że każde pociągnięcie w miejscu nienależytém tylko silniéj węzeł uwiąże, a rozwężlenie takie jest tylko możebném od samego węzła w ten sposób, iż jedną pętlę poddajemy stałemu naciąganiu. To ostatnie jednak, jak to widzieliśmy i w naszych przypadkach, jest dopiéro możebném po poprzedniém wypróżnieniu pętli téj z treści w niéj nagromadzonéj tj. gazów i cieczy krwawéj, które uskutecznia się cienkim trójgrańcem lub téż licznemi nakłóciami szpilką.

Jako najlepsze miejsca do operowania zaleca Küttner linię białą, pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowém, ponieważ z tego miejsca dosiągnąć można wszystkich okolic jamy brzusznéj, najłatwiéj można wyszukać węzeł, a otrzewna jest tu najcieńszą. Skoro zaś operator mimo rozległego cięcia nie znajdzie miejsca uwięzgniętego, może i wtedy jeszcze założyć sztuczną rzyć, któréj miejsce w jelicie może sobie przy takim sposobie operowania wybrać dowolnie a nie pozostawiać je przypadkowi tylko. Co się tyczy śmiertelności po téj operacyi, to Tüngel uważa, że rana w brzuchu powinna mieć swoje granice i zwraca uwagę, że wchodzenie ręką pomiędzy kréski i poszukiwanie za istniejącą przeszkodą nie jest rzeczą obojętną. Küttner zbija obawę tę wykazując, że daleko cięższe operacyje tego rodzaju, jak cięcie cesarskie, wycięcie jajników. kończą się przecież pomyślnie, a przeciwnie pyta się, czy w ogóle wprowadzenie ręki do jamy brzusznéj pogarsza rokowanie przy wewnętrznych uwięzgnieniach w ogóle a w zwężleniach w szczególności i czy operacyja laparotomii przyniesie choremu większą szkodę, niż samo zwężlenie? Heiberg *(Über innere Incarcerat. Virch. Arch. Bd. 54. I Hälfte S. 32.)* potwierdza również zapatrywania Küttnera i radzi z początku używania lodu i przetworów makowcowych, w drugim rzędzie śmiało powtarzane punkcyje, powołując się na swe doświadczenia czynione przy sekcyjach, przy których po takiém postępowaniu nawet sztuczne węzły dały się z łatwością rozplątać przez pociąganie za jedną pętlę, podczas gdy po nadęciu pętel powietrzem węzły takie zaciskały się bardzo silnie. W razie zaś, gdy to postępowanie nie odnosi skutku, radzi i Heiberg rozcięcie ścian brzusznych *(laparotomia)* w linii białéj, a to gdyby cięcie podobne, jak przy wycięciu jajników było niedostateczném, nawet przez całą długość brzucha, ażeby stosunki w jamie brzusznéj można dokładnie obejrzeć, a usprawiedliwia swe przekonanie i tem, że dawniéj wykonywano cięcie takie i przy operacyi wycięcia jajników a przecież często ze skutkiem pomyślnym.

Kończąc miło mi wyrazić serdeczne podziękowanie szan. kol. Mehrerowi, który łaskawie uskutecznił według natury ryciny preparatów do méj rozprawki.

III. Oceny i sprawozdania.

O zmianach anatomicznych układu nerwowego w porażeniach difterytycznych. (Sprawozdanie z pracy J. Dejerina w *Archives de physiologie normale et pathologique; Mars-Avril 1878.).* Podał Dr. Stanisław Poniklo.

(Dokończenie. Patrz Nr. 18.)

Jeżeli powyżéj opisane zmiany chorobowe korzeni nerwów pacierzowych tudzież nerwów mięśni porażonych porównamy ze zmianami, jakie stale napotykamy w części obwodowéj nerwów odciętych od swych ośrodków odżywczych, bądź przez ugniecenie, przecięcie lub skutkiem jakiejkolwiek innéj przyczyny, [zmiany te były dokładnie badane przez Wallera, Schiffa, Vulpiana, Phillippeaux, Eichhorsta, Ranviera i Dejerina *(Cossy et Dejerine. Recherches sur la dégénerescence des nerfs sectionnés. Archives de physiol. norm. et pathol.* 1875)]; to uderzy nas wielkie podobieństwo obydwóch rodzajów zmian. Wiadomo bowiem, że część obwodowa nerwu przeciętego ulega rychło zmianom chorobowym, tak iż po upływie 4ch lub 5ciu dni już możemy spostrzedz początek rozpadu rdzennika i bujanie pierwoszczy nerwowéj; zmiany uwidoczniają się w dalszym przebiegu coraz więcéj, tak że około 10go dnia rdzennik rozpadły w całości na cząstki drobne zaledwie pozwala spostrzedz w swém wnętrzu resztki rozpadających włókien osiowych; jąderka osłonki pomnażają się a pierwoszcza nerwowa staje się coraz obfitszą. Między 12ym a 15ym dniem znikają włókna osiowe także włókien nerwowych grubszych, gdy w cieńszych już rychléj uległy rozpadowi. Wreszcie rdzennik znika w zupełności a osłonka nerwowa zawiera wyłącznie tylko pierwoszczę i pomnożone jąderka, przyczém włókna przybierają kształt paciorkowaty. Stan taki może trwać bardzo długo. Dejerine stwierdził ten najwyższy stopień zmian w korzeniach przednich nerwów pacierzowych w przypadku porażenia rdzenia pacierzowego trwającego lat 3.

Otóż Dejerine uważa zmiany korzeni przednich rdzenia pacierzowego w porażeniach difterytycznych za równorzędne ze zmianami stwierdzonemi w części obwodowéj nerwów przeciętych, nadto twierdzi, że téż same zmiany występują każdym razem, gdy komórki zwojowe istoty szaréj rogów przednich są zmienione, czy to skutkiem spraw chorobowych nagłych, jak w zapaleniu ostrém rdzenia pacierzowego, lub téż przewlekłych, jak np. w przebiegu zaniku mięśniowego postępowego, przyczém nie uważa bynajmniéj za rzecz konieczną, aby komórki zwojowe uległy zupełnemu zniszczeniu, lecz sądzi, iż wystarcza w téj mierze w zupełności przerwa-

nie komunikacyj istniejących w stanie prawidłowym pomiędzy komórkami zwojowemi a włóknami nerwowemi korzeni przednich, a może to być wynikiem albo sprawy zapalnéj śródmiąższowéj rdzenia pacierzowego, następstwem ugniecenia i następowego nieodpowiedniego odżywienia komórek zwojowych przy pozornie dobrze utrzymanéj postaci komórek.

Tak opisawszy zmiany chorobowe układu nerwowego w porażeniach difterytycznych wypada nam się zastanowić nad istotą tychże, daléj ocenić, o ile to jest możebném, związek zachodzący między zmianami pojedynczych części i pierwocin układu nerwowego, wreszcie starać o stwierdzenie, czy obraz kliniczny jest poniekąd odźwierciedleniem zmian chorobowych napotkanych.

Odnośnie do zmian włókien nerwowych korzeni rdzenia pacierzowego i nerwów odnóg porażonych zadaje sobie Dejerine pytanie, czy należy je uważać za sprawę zanikową rozwijającą się skutkiem utraty związku z ośrodkami, lub czy wypada raczéj uznać je za sprawę zapalną postępującą wzdłuż przebiegu nerwów. Skłania się on do ostatniego zapatrywania, twierdząc, że bujanie jąderek osłonki tudzież wzmożenie się pierwoszczy nerwowéj jest pewną cechą sprawy zapalnéj. W każdym razie jednak zmiana włókien nerwowych jest rzeczą drugorzędną, następową, wcześniejszą zaś zmianą jest rozpad rdzennika i włókna osiowego jako bezpośrednie następstwo odcięcia nerwów od środków; ztąd zaś powstała masa rozpadowa nieodżywiona zachowuje się jako ciało obce wzniecając zapalenie tkanki łącznéj śródnerwowéj i osłonki nerwowéj.

Jakąkolwiekby jednak była istota sprawy chorobowéj stwierdzonéj w badaniach Dejerina, czy to zapalna czy téż polegająca na samém przeobrażeniu wstecznem, jasną jest rzeczą, że zmiana włókien nerwowych jest następową i że należy śledzić przyczyny tych zmian w ośrodkach nerwowych, zatém albo w oponach rdzenia pacierzowego lub osłonce korzeni przednich nerwów pacierzowych lub najprawdopodobniéj w saméj istocie szaréj rdzenia pacierzowego.

Wyniki zaś badania anatomicznego rdzenia pacierzowego pouczyły, że tak istota nerwowa sama tj. komórki zwojowe jak i tkanka łączna międzykomórkowa przedstawiają zmiany chorobowe wybitne. Pomniejszenie rozmiarów komórek zwojowych, jednostajność ich treści, brak przeźroczystości, kształt zdążający do kolistego, skąpa ilość wypustek, niezwykła krótkość takowych są dostateczném świadectwem, że komórki te zdążają do zaniku drogą mechanizmu, którego wyjaśnienia dotąd nam braknie.

Pomnożenie ilości tkanki łącznéj międzykomórkowéj, pomnożenie jąderek tejże, obecność ognisk wypocinowych świadczy o obecności sprawy zapalnéj śródmiąższowéj. Wreszcie zmiany naczyń polegające na rozszerzeniu takowych i nadmierném wypełnieniu ciałkami krwi czerwonemi przedstawiają znany obraz pierwszego okresu sprawy zapalnéj.

W ten sposób zmiany wszystkich składników rdzenia pacierzowego równają się wedle Dejerina zmianom cechującym zapalenie rdzenia pacierzowego tak miejscowe*) jak śródmiąższowe, wywołujące w korzeniach przednich rdzenia pacierzowego zanik pierwocin nerwowych odpowiadających komórkom schorzałym. Zmiany téj nie należy uważać za właściwe wyłącznie porażeniom difterytycznym, są one koniecznem następstwem wszelkiego zapalenia rdzenia pacierzowego czy to ostrego, czy przewlekłego i naturalnym wynikiem upośledzenia funkcyi odżywczéj, jaką zawdzięczają korzenie ruchowe rdzenia pacierzowego komórkom zwojowym rogów przednich.

*) Sprawozdawca sądzi jednakowoż, że należy tu uważać zmianę śródmiąższową rdzenia pacierzowego za pierwszorzędną a zmianę komórek zwojowych za sprawę następową, czysto zanikowéj natury, nie zaś za równoległą zmianie śródmiąższowéj, gdyż czynny udział pierwocin mózgowych w sprawach zapalnych części układu nerwowego jest dotąd wątpliwy i należycie nieudowodniony.

Wyniki opisanego badania układu nerwowego w porażeniach difterytycznych dają się streścić w następujących punktach:

1) W przypadkach porażenia difterytycznego znachodzimy zmiany chorobowe korzeni przednich rdzenia pacierzowego równorzędne ze zmianą, którą postrzegamy w części obwodowéj nerwów przeciętych. Zmiana ta jest zapalną.

2) Zmiana ta licuje z objawami porażennemi za życia. W przypadkach bowiem, gdzie porażenie dotyczyło wyłącznie odnóg górnych, zmiana w mowie będąca ograniczała się do górnéj części rdzenia pacierzowego.

3) Stopień zmiany chorobowéj stoi w prostym stosunku do czasu trwania porażenia. Im dłużéj porażenie trwało, tém zmiany wybitniejsze.

4) Korzenie tylne nerwów pacierzowych nie przedstawiają żadnych zmian chorobowych.

5) Badanie istoty rdzenia pacierzowego zdaje się stwierdzać, że zmiana korzeni jest następową po pierwszorzędnéj zmianie rdzenia pacierzowego.

6) Zmiana chorobowa istoty rdzenia pacierzowego jest zmianą zapalną; siedziba tejże ogranicza się wyłącznie do istoty szaréj.

7) Naukę o swoistości porażeń difterytycznych tak ze względu na spostrzeżenia kliniczne jak i na wynik badania anatomicznego, należy uważać za pozbawioną podstawy.

IV. Listy z Kamieńca Podolskiego.

II.

Kilka słów wstępu. — Ogniska durzycowéj zarazy na azyjskim i europejskim terenie; koleje żelazne jako główne szlaki jéj rozpowszechnienia. — Środki przedsięwzięte przez władze administracyjne i Towarzystwo Czerwonego Krzyża dla powstrzymania epidemii.

Trwogą przerażające wieści o rozwielmożnieniu się durzycy obiegają kraj cały, jak owa legendowa dziewica wędrująca od sioła do sioła, od domu do domu, a kędy potrząśnie całunową swą szatą, tam wkracza żałoba i grób się otwiera. Doprawdy, straszne te opowiadania rozbiegając się po świecie rosną one, olbrzymieją niemal z dniem każdym. Na pociechę jednak wyznać potrzeba, że dużo jest w nich przesady. Naturalnie, że nie należy tu brać w rachunek głównych ognisk zarazy, po za krańcami państwa rzuconych, bo też srożenie się tam tyfusu istotnie jest zdumiewającém. Tysiące ludzi pod gradem kul się pokładło, z ustaniem szczęku broni zapanowała choroba, a uściski jéj palące były stokroć straszniejszemi od najkrwawszego szturmu, bo pochłonęły ofiar trzykroć więcéj, niż wszystkie dalekonośne i ziejące zniszczeniem działa Krupa, Uchatiusa, odtylcówki itd.

Z pewną dumą zaznaczyć możemy, że koledzy nasi, że siostry miłosierdzia, wreszcie felczerowie pięknie się zasłużyli ludzkości w tych zapasach „z czarną śmiercią“ XIX stulecia, dotrwali oni na wyłomie do końca, bo do zgonu, a był

on równie bohaterskim, więcéj może bohaterskim od zgonu na szańcu w chwili ataku, albo obrony zagrożonego stanowiska; do takiéj akcyi dość wybuchowego zapału, uniesienia chwili, w szpitalu zaś, pośród konających tysięcy, krew się mimowoli ścina w żyłach; poczucie obowiązku wielkiém być musi zaiste, by w obec tego bez nadziei widoku nie cofnąć się, nie upaść... Nie cofali się jednak lekarze, to też 52 złożyło głowy w téj walce nierównéj, nazwisk ich nie podajemy, co po nazwiskach? dość, że odeszli...

W słowiańskim obyczaju leży potrzeba poczczenia zmarłych, ztąd też i my na wstępie do gawędy chylimy czoło przed tym szeregiem mogił, usypanych na stepach dalekiéj Armenii, w górach niegościnnego Kaukazu, w czeluściach Bałkanów, na równinach pięknéj Bułgaryi. I Ciebie miły czytelniku, zapraszamy do oddania wspólnego hołdu lekarzom obywatelom.

A teraz pozwólcie, bym wam dzieje szerzenia się epidemii opowiedział.

Nie zapominajcie, że podniosła się ona z dwóch ognisk: z Erzerumu i Karsu w Azyi, z Plewny w Europie. Piérwsza daleko wcześniéj zaczęła szerzyć zniszczenie, dla dokładności więc obrazu, rzecz o niéj choć w kilku zamkniemy wyrazach.

Już na początku grudnia z. r. jaskrawo malowali korespondenci stan sanitarny wojsk rozkwaterowanych w Erzerumie; liczono tam 5 tysięcy chorych w szpitalach mogących z trudnością pomieścić 3000 osób; z 32 lekarzy 8 umarło, a pozostałych przy życiu połowa leżała w gorączce. Śmiertelność wynosiła 120 — 150 dziennie, zmarłych grzebano niedbale, po wystawieniu ciała na działanie mrozu, wrzucono je do dołów głębokich na pół arszyna. Władze chcąc zapobiedz złemu zajęły się urządzeniem nowych szpitalów w okolicy miasta, mianowicie w Bajburcie, Humuchchanie i Hamzikei.

W Karsie i Hasankale w ostatnich dniach grudnia już na dobre panował dur plamisty i brzuszny, szczególnie w lazaretach systemu barakowego (Nr. 9, 42, 43, 47). Cały personal dozorujący uległ zarazie.

Jednocześnie prawie w Aleksandropolu, już w granicach państwa rozsyjskiego, wybuchł dur, ależ bo i warunki sprzyjały temu wybuchowi, jak się o tém łatwo przekonać z następującéj korespondencyi umieszczonéj w *Gołosie:* „zastałem Aleksandropol w stanie szpetnego nieporządku, w skutek nagromadzenia znacznéj liczby wojska, chorych, rannych, a także jeńców tureckich przeprowadzanych przez miasto w głąb kraju i zostawiających miliony zbrukanych bandażów, szarpii, wszelkiego rodzaju łachmanów i nieczystości, które gnijąc na ulicach wyrodziły dur plamisty, brzuszny i dysenteryję, choroby te niebaczne na trzydziesto-stopniowe mrozy nie tylko się nie zmniejszają, ale przeciwnie, czynią coraz większe postępy“. W bardzo krótkim przeciągu czasu, liczono tu już 7000 jeńców dotkniętych tyfusem.

Zaraz i w sąsiednim Deliżanie zagościła choroba i tutaj przynieśli ją Turcy, rozlokowani w czasowym lazarecie, urządzonym tuż obok wzorowego szpitalu towarzystwa Czerwonego krzyża, zostającego pod troskliwą opieką ks. Szachowskiéj: i dezinfekcyja, i porządek, i pieczołowitość nieustrzegły go od nieszczęścia, durzyca przekroczyła i te niegościnne dla siebie progi, a ztamtąd rozlała się po okolicy: dość powiedzieć, że w sąsiedztwie Deliżanu, w Helenówce w sporéj osadzie Molokanów (sekciarze, rodzaj Wegeteryjanów) 120 jednych dziatek padło ofiarą zarazy i to w ciągu kilkotygodniowego okresu. W połowie stycznia b. r. srożyła się ona już w Tyflisie, jednocześnie wybuchła w Rostowie nad Donem, przywieziona tam z jeńcami; pociągi kolei żelaznéj wyrzucały na bruk miejski nietylko chorych ale i nieboszczyków, którzy podczas podróży wyzionęli ducha. Ztąd już coraz głębiéj wkraczał tyfus do kraju, rozwożony po wschodniéj jego krawędzi, gdzie właśnie internowano muzułmańskich obrońców Turcyi azyjatyckiéj.

Wracając do ogniska zarazy na terenie armeńskim, dodamy, że w lutym najgroźniejsze przybrała ona rozmiary, wszystkie niemal osady wiejskie zostały nią dotknięte; w głównych zaś punktach, gdzie sięześrodkowywała administracyja wojskowa, jak w Erzerumie liczono 12000 chorych, w Karsie 5000, w Hasankale 7000, w Aleksandropolu 8000. Tutaj to 27 lekarzy padło ofiarą epidemii, a w ich liczbie chirurg konsultant Dr. Pelikan, domniemany następca profesora Girsztowta w warszawskim uniwersytecie; siostry miłosierdzia ginęły bez szemrania; należy wiedzieć, że w lazaretach wojskowych taka dozorczyni zwykle dogląda 100 chorych (dopiéro przed kilku tygodniami zmniejszono o połowę liczbę), otóż były chwile, szczególnie w Aleksandropolu, że ani jedna z nich niestawiła się do apelu. Wówczas to zmarł na tyfus komendant miejscowych szpitalów, sympatyczny, sumienny i poświęcający się jenerał Zederholm, wielkorządca Armenii Szelkownikow, nadto jenerałowie Sołowiew i Loris Melikow młodszy.

Dezinfekcyja stawała się konieczną, rząd na ten cel przeznaczył 250,000 rs., z których 75,000 dla odwietrzenia Tyflisu, a 25,000 dla odwietrzenia Aleksandropola. Powstała osobna komisyja kierująca temi robotami, z jéj to łona wyszło 12 kompanij asenizacyjnych mających sprostać zadaniu. Odwietrzenie Karsu, jego okolic, jak i miejsc większych potyczek w Armenii, wzięto także na uwagę: władze użyły 50,000 pudów wapna dla ubezwonienia mogił poległych w szturmie wojowników, a prywatny przedsiębiorca podjął się dokonać reszty za 63,000 rubli, w terminie dwumiesięcznym (do 13 maja). Skutki zbawienne zaraz się okazały: od połowy marca epidemija słabnąć zaczęła, ulega jéj mniéj osób, a dotknięci rychléj przychodzą do zdrowia.

Jednocześnie prawie szerzył się tyfus i na terenie europejskich działań wojennych; że jednak ztąd płynące złe dotyka prowincyi, która jest przedmiotem moich korespondencyi, niedziwcie się przeto, że trochę więcéj szczegółów nagromadzę; przypuszczam, że nieobojętnymi będą one dla waszych czytelników.

Rok zeszły w Bułgaryi pod względem sanitarnym upłynął bardzo szczęśliwie; o tyfusie, o biegunce krwawéj nie było mowy, tak skromną one wyobrażały cyfrę. Na dowód może wam posłużyć nadzwyczaj ciekawe sprawozdanie kolegi Herasimowicza, podane przez Dra Rudina. P. Herasimowicz był naczelnym lekarzem (a może jest nim dotąd), ewakuacyjnego szpitala w Jassach. Wszyscy ranni i chorzy znajdujący się czy to przed Bałkanami, czy za Bałkanami, jeżeli niewyzdrowieli albo nie umarli na miejscu, a mogli być transportowani na północ, zawsze jednym wędrowali szlakiem, mianowicie przez Sistowę, Zimnicę, Frateszti do Jass, a ztąd już przez Ungeny wkraczali do państwa rosyjskiego. Sprawozdanie więc p. Herasimowicza reprezentuje sumę jednostek wracających do rodzinnéj ziemi, z powodu niemożności pełnienia nadal służby zaszczytnéj. Otóż od chwili założenia punktu ewakuacyjnego w Jassach, tj. od 16 czerwca 1877 do 1 stycznia bieżącego roku, 221 pociągów tak sanitarnych jak militarnych przewiozło 69,669

chorych i rannych wojowników. Sprawozdanie nie arcy chlubne składa o wagonach świadectwo; nie odpowiadały potrzebie: ogrzewały je żelazne piece, swędzące, przytém ciepło nie jednakowo promieniowało, kucheń w nich nie było wcale, komunikacyja utrudniona (wagony nie przechodowe), kłopot więc był wielki przy opatrywaniu chorych.

Rannych w ogóle, bo im się pierwszeństwo należy, liczono 26,187 (36%), trochę więcéj niż podczas wojny krymskiéj i francuzko-pruskiéj. Co do wydatniejszych operacyj, zasługują na zaznaczenie: amputacyj biodra 26, goleni 51, według metody Pirogowa 4, wyłuszczeń barku 49, przedbarku 28, resekcyj w ogóle 53. Co do zejścia, to tylko powiedzieć można, że na 210 tylko co wyszczególnionych przypadków, przywiezionych do Jass, 171 uznano za zdolnych do odbywania dalszéj podróży, reszta (39) zaliczona do kategoryi niebezpiecznych, zatrzymana w miejscowych szpitalach.

Właściwych chorych liczono 45,754 albo 66%. Najpoważniéj przedstawiała się zimnica, wynosiła bowiem 45,2%, inne cierpienia wewnętrzne 21,5%, czerwonka 8,9%, a i ta po ustaleniu zimy znacznie się zmniejszyła; cyfra durzycowych była bardzo nieznaczną 4,4%, z początku panowała forma brzuszna, w końcu wysypkowa. Syfilis 8,4%, cierpienia oczu 2%, odmrożenia 4,5%, inne cierpienia zewnętrzne 4,4%.

Widzimy więc, że do pierwszych dni stycznia nie mieliśmy wcale epidemii durzycy w obozie rosyjskim na europejskim terenie działań wojennych. Upadek Plewny powołał ją dopiéro do życia, a raczéj poddanie się Plewny pozwoliło panującéj między oblężonymi zarazie rozpłynąć na wszystkie cztery świata strony.

Zastępy zwycięzców wdzierających się na szańce tak uparcie i mężnie przez Osmana bronione przerażone zostały widokiem nędzy, niechlujstwa i chorób, jakie tam zastały. Wojenno-lekarski inspektor czynnéj armii na półwyspie bałkańskim, Dr. Prisielkow, człowiek wcale nie przesadzający, taką żałosną opowieść podaje o stanie Plewny w chwili jéj poddania: „na ulicach i dziedzińcach domów, gdzie Turcy lokowali chorych i rannych, powietrze było zanieczyszczone, ale stokroć stawało się ono nieznośniejszém w samych domach na szpitale zamienionych; drzwi i schody pokryte masami wypróżnień przeważnie dysenterycznych; w przedsionkach leżały trupy w stanie zupełnego rozkładu. W izbach smród do nieznieśienia, a przed wzrokiem roztaczały się obrazy zdolne przejąć zgrozą najobojętniejszego widza: na gołéj przegniłéj podłodze, rzadko na słomianych, rozpadających się i stoczonych przez robactwo materacach, powalanych ekskrementami leżeli żywi obok umarłych. W mieszkaniach szczelnie zamkniętych, w atmosferze rozkładających się trupów i wypróżnień, spędzili ci nieszczęśliwi dni całych sześć wszelkiéj pomocy lekarskiéj pozbawieni. W niektórych domach, w niewielkich pokoikach naliczyliśmy po 10 — 15 ludzi, a z nich połowa umarłych. Często jednego, ledwie dającego oznaki życia odnajdowaliśmy między 10 — 12 trupami, inne zaś obejścia samymi nieboszczykami przepełnione były. Jakie nieznośne i duszące w nich panowało powietrze, można już z tego wnioskować, że robotnicy bułgarscy, przeznaczeni do grzebania owych ciał gnijących, dostawali mdłości, co więcéj, nasi żołnierze konwojujący robotników ulegali nudnościom i wymiotom“.

Liczba chorych znalezionych w szpitalach Plewny, wynosiła 3265 ludzi, z nich umierało od 60 do 80 dziennie, z cierpień zaś przeważnie durzyca plamista i dysenteryja.

Istny obraz dantejskiego piekła, nieprawdaż? tylko porównać się on może z pełnym grozy opisem lazaretów w skałach Szybki umiejscowionych i obleganych przez Turków. Opis ten, jak okrzyk przerażenia, jak jęk powtórzyły wszystkie pisma rosyjskie, przedarł się on i do Gazety Lekarskiéj, więc do niéj ciekawych odsyłamy.

W Plewnie jednak obok chorych zostali i zdrowi, od wielu już tygodni źle żywieni, znękani oblężeniem, niewolą; należało ich o ile można najprędzéj w głąb kraju odstawić, okolić możebnemi wygodami. Oni to niestety roznieśli ze sobą zarazę. Już bowiem na początku stycznia na punkcie ewakuacyjnym w Jassach skonstatowano znaczną liczbę tyfusowych między jeńcami, wynosiła ona 19%; w Frateszti zaś sama śmiertelność tygodniowa podskoczyła od 10 do 12%; był to Aleksandropol europejski, ognisko zarazy dla południowéj i zachodniéj Rosyi; 10 lekarzy miejscowych na początku zapadło na tyfus (dwóch z nich umarło), 23 siostry miłosierdzia uległo durzycy, nadto 100 służących (wszystkich było 300); przedsięwzięto energiczną asenizacyję i desinfekcyję, ale robotnicy użyci oo téj pracy po dwóch trzech dniach zapadali na dur plamisty.

Tabory z jeńcami wziętymi przeważnie z pod Plewny i w Szybce ciągnęły na północ, wadliwe jednak urządzenie transportowych pociągów, nienależyte oczyszczanie linii komunikacyjnéj, powiększyło złe w dwójnasób. Jeżeli wagony sanitarne dla rannych i chorych wojowników rosyjskich nieodpowiadały warunkom zdrowotnym, cóż dopiero mówić o przeznaczonych dla jeńców! Rząd starał się o ile można przyspieszyć wysłanie ich, miał nawet na względzie obawę tyfusu, komitet bowiem przy głównym utworzony sztabie pragnąc przeszkodzić jego szerzeniu zalecił: 1) wydać potrzebną liczbę ogrzewanych wagonów towarowych dla transportowania jeńców; 2) wagonów tych nie używać wcale dla przewożenia wojska i efektów do niego przynależących; 3) po odbyciu każdego kursu odwietrzać je w przytomności władz policyjnych (wykadzanie siarką i wymywanie kwasem karbolowym); 4) dla wyróżnienia tych pociągów od innych oznaczyć każdą karetę białym półksiężycem.

Moskiewskie chirurgiczne towarzystwo proponowało palenie wagonów transportowych, jeżeli na ich dolę padnie potrzeba przewożenia dotkniętych durem jeńców; nadto, żeby tyfusowych po wystąpieniu przypadłości (podczas podróży) zostawiać w pierwszym napotkanym szpitalu, a to na téj zasadzie, że „czém mniejsze koło zajmuje zaraza podczas wojny wybuchająca, tém zbawienniejszy wpływ wywiera to zarówno na chorych jak i na zdrowych.“

Że słuszna była uwaga, temu nie przeczymy, ale pytanie, jak w małém kółku pomieścić jakich kilkadziesiąt tysięcy chorych... a i zdrowych należało utrzymywać choćby dla odwietrzania i desinfekcyi. Bo oto słuchajcie, co mówi o tém Dr. Rudin, korespondent „Gołosu“ z Jass, przez które codziennie transportowano od 800 do 1000 mustehafizów i nizamów. „Nieszczęśliwi ci obszarpańcy cierpią od zimna, głodu i chorób; tutaj ich sortują, karmią i oczyszczają; oczyszczają na prawdę; jeńcy do tego stopnia brudni, okryci parazytami, że dość jest sześciu turków, by cały barak napełnić smrodem do nieznieśienia. Ale mało jeszcze że niechlujni, pośród nich jest spora liczba dysenteryków i tyfusowych.“ I w kilka dni później tenże sam korespondent donosi: „Turcy do tego stopnia są obszarpani, wyniszczeni i osłabieni, że doprawdy jakby na obraz i podobieństwo ludzkie nie byli stworzeni. I masy te trzeba codzień czyścić, myć, przyodziewać, kar-

mić i leczyć. Śmierć ich dziesiątkuje, nie są w stanie wytrzymać podróży w nieopalanych wagonach w skutek prywacyi i wycieńczenia; nie skarżą się jednak, poddają się losowi z całym fatalizmem mieszkańców wschodu; wszyscy prawie dotknięci są dysenteryją a niektórzy tyfusem. Rozumie się, że cięższych chorych zostawiają w ewakuacyjnym baraku (w Jassach) a potém odwożą do sąsiednich szpitalów. Wagony do tego stopnia zabłocone, zawalane i smrodliwe, że chlewy, kędy przebywa nierogacizna, daleko są znośniejsze! Toż samo można powiedzieć o platformach i o kolei w okolicy ewakuacyjnego przestanku; męczennicy ci nieszczęśliwi wszędzie zostawiają krwawe ślady swojego pobytu, prawie niepodobna uprzątnąć wszystkiego! Obok ewakuacyjnego baraku (zawsze w Jassach) pracuje 250 robotników dziennie, zajętych paleniem nieczystości i szmat rozmaitych pozostawionych przez turków, wziętych do niewoli.“ Daleko jeszcze dosadniéj maluje stan owych transportowych wozów korespondent Noworosyjskiego Telegrafu: „Na początku lutego, pisze on, przejeżdżał przez Żmierynkę (na Podolu) sanitarny pociąg przepełniony jeńcami; nieznośny smród wydzielał się z karet, na stopniach wagonów błoto, odpadki, ekskrementa. I rozwożą się temi sanitarnemi pociągami (przez żart chyba tak nazywanemi) po równinach ziemi ruskiéj tyfusy plamiste, tyfusy żółciowe, tyfusy brzuszne, słowem wszelkiego rodzaju tyfusy. Za tym pojazdem dążył inny, oznaczony białym półksiężycem, turcy w nim pomieszczeni, nadzy, bez obówia, skostnieli od zimna, nader boleśne robią wrażenie.“ Władze jednak i tu czyniły co mogły, więcéj nawet niż mogły, asygnowały 1000,000 rs. dla zakupienia odzieży dla muzułmanów wziętych do niewoli, ale pieniądze nie zawsze jeszcze stanowią wszystko, toż pamiętamy, że sukno siermiężne w czwórnasób podrożało, a i za taką cenę niepodobna go było dostać. Śmiertelność między jeńcami była istotnie nader wielka, szczególnie w czasie ich wędrówki i w pierwszych chwilach po przybyciu na miejsce internowania; nie omylimy się podając jéj liczbę na 20%. (Na 100,000 przeszło 20,000). To téż gazety rosyjskie z pewną ironiją nazywały wziętych do niewoli „ujemnemi trofeami zwycięztwa.“

Najprzód wszakże zaraza zdobyła sobie główne linije komunikacyjne, wybuchając w osadach przydrożnych, na stacyjach kolei itd. W Plewnie było jéj główne ognisko, jeszcze przed upadkiem tego posterunku już się durzyca pokazywać zaczęła w obozie rosyjskim, szczególnie kiedy żołnierze z racyi zimna musieli opuścić namioty i zakwaterować w barakach i ziemnych norach, w tak zwanych „ziemlankach;“ słabą jednak była ona, nie bacząc na znaczne nagromadzenie sił zbrojnych, przeszło 279,000 ludzi. Za to po upadku Plewny wytrwale kroczyć zaczęła na południe do Szybki, Sofii, Filipopola, Adryjanopola, San-Stefano i Carogrodu; na północ zaś koléj między Frateszti a Jassami stała się jakby nowém ogniskiem przyrzutu, tu owiem ulegało wszystko tyfusowi, panował on nie tylko w szpitalach, ale i na stacyjach, ulegali mu urzędnicy i służba kolejowa. Toż samo miało miejsce między Ungenami i Kiszyniowem, choroba obejmowała wsie całe przy szlaku żelaznym położone; w dużéj osadzie Kalaraszach na téj linii rzuconéj nie było domu, w którymby choć jeden jego mieszkaniec tyfusowi nie uległ.

Teraz z kolei nasuwa się pytanie, jakie środki przedsiębrały władze dla zapobieżenia złemu, dla przeszkodzenia szerzeniu się epidemii, dla niedopuszczenia jéj w granice państwa rosyjskiego.

Czerwony krzyż podał tu pomocną rękę administracyi rządowéj, wyprzedził ją nawet w kwestyi asenizacyi. Nie możemy się dość nadziwić ofiarności prywatnéj, która tak hojnie wspierała rannych i chorych wojowników przez pośrednictwo towarzystwa zostającego pod protektoratem cesarzowéj, dość powiedzieć, że do 1 stycznia br. wydało ono na potrzeby sanitarne 4,884,471 rubli, kiedy towarzystwo czerwonego półksiężyca zebrało w tym czasie zaledwie 1,150,000 franków. Ależ bo w Rosyi, obok miast, bogatych przemysłowców, występowały często instytucyje naukowe, korporacyje handlowe, a nawet zawiązane dla rozrywki... Ot choćby dla przykładu wspomnimy, że kolonija francuzów osiadłych w Moskwie z balu dobroczynnego zebrała dla rannych przeszło 20,000 rs.; że towarzystwo protestanckie złożyło na choinkę 13,727 rs. w gotówce, a 30,000 rs. w fantach, a między ostatniemi figurowały pończochy, rękawice, koszule, cygara (18,000), papierosy (360,000), herbata (1290 funtów), cukier (5115 f.) itd. itd. Towarzystwo rzeczone posiada własny lazaret w Zimnicy, obdzieliło jednak darunkami swoich i nieswoich chorych, zarówno żołnierzy jak oficerów, zarówno lekarzy jak i siostry miłosierdzia. Wprawdzie możnaby zarzucić, że w początkach towarzystwo rzeczone zanadto rozkosznie urządzało szpitale, baraki, wagony sanitarne itd., nie miało bowiem pod tym względem doświadczenia, wreszcie ogólne było przypuszczenie, że wojna zakończy się prędko. Dziś oszczędności zaprowadzone bez ujmy dla chorych wydając bujny plon, a sanitarne pociągi świeżo urządzone są tego wyraźnym dowodem; nie widać w nich przepychu, 20 wagonów pomieścić może do 400 chorych, skromne kanapki łatwo się na wygodne łóżka przerobić dają, podróżni otrzymują kożuchy, berlacze, zdrową choć niewybredną strawę. Na czele grupy stoi lekarz, ma pod sobą aptekarza, kilku felczerów i 32 służących (sanitarów).

Otóż Towarzystwo Czerwonego Krzyża jeszcze w lipcu zeszłego roku własnym kosztem wydelegowało komisyję do Bulgaryi, a celem jéj było zajęcie się kwestyją desinfekcyi i asenizacyi; na czele jéj stał prof. Markowników, miał on dwóch pomocników tylko; słuchajmy, jak opowiada swoje przygody w dość pouczającém sprawozdaniu. Poprzedza je krótką przedmową, z któréj choć kilka słów przytoczyć tu musimy: „Kwestyja asenizacyi w ogóle i desinfekcyi w szczególności należy u nas do najnieszczęśliwszych. Mówią o niéj dużo, ale robią nadzwyczaj mało, przytém często tak, że lepiéjby było, gdyby wcale nic nie przedsiębrano. Zwykle ludzie posiadający bardzo ograniczone wiadomości naukowe, udarowani tylko sporym zapasem odwagi, energicznie proponują najrozmaitsze środki. Jako przykład weźmy choćby projekt pułkownika Neczajewa, mający na celu desinfekcyję Szybki, czytany przez niego na posiedzeniu moskiewskiego technicznego towarzystwa, i przysłany mi do Bulgaryi. Autor projektu artylerzysta, proponuje on użycie dźwigni, przypominającéj starożytne działa kamienionośne; za pośrednictwem jéj radzi wrzucać do jarów i przepaści napełnionych trupami oblane naftą i zapalone kloce dębowe itd. itd. Smutno tylko, że podobni specyjaliści stoją często na czele komisyj asenizacyjnych. Wreszcie, w przypuszczeniu niekorzystniejszych warunków i z temi się pogodzić należy. Niedawno gazety zakomunikowały najsurowszy rozkaz komitetu czuwającego nad transportem jeńców, a dotyczący odwietrzania wagonów. Każda desinfekcyja winna być zatwierdzona aktem podpisanym przez oficera od żandarmeryi, komendanta posterunkowego i naczelnika stacyi. Tak więc jako kompetentni sędziowie ma-

jący świadczyć, że desinfekcyja należycie uskuteczniona została, występują dwaj oficerowie i dozorca kolejowego przestanku."

Z tego więc ustępu widzimy, że p. Markownikow z pewną goryczą przystępował do ułożenia sprawozdania z podróży. A o téj teraz mówić zamierzamy. Wiemy już, że wysłany on był kosztem Towarzystwa Czerwonego Krzyża dla desinfekcyi szpitalów w Rumunii i Bułgaryi, a także pobojowisk w téj ostatniéj; jak na siły jednego człowieka zadanie nie łatwe, jeżeli zważymy, że dano mu sześć tygodni czasu na jego uskutecznienie.

Delegat po przybyciu na miejsce przekonał się, że przedewszystkiém należy przystąpić do odwietrzenia lazaretów wojennych, w których już tyfusy i dysenteryja zaczęły panować epidemicznie, kiedy w armii należały one do form sporadycznych. P. Markownikow zakwaterował w Sistowie, ztąd robił wycieczki do Gabrowy, Biały, Górnego Studenia i Szybki, jak równie do Zimnicy, Frateszti i Bukaresztu. Zwiedzone szpitale dzieli on w ogóle na trzy kategoryje: 1) Umieszczone w jednym wielkim murowanym budynku, jako prototyp jego służyć może lazaret ś. Pantalejmona o godzinę drogi od Bukaresztu. 2) W kilkunastu domach, jak np. sistowski, który zajmował 62 zabudowania, należące przedtém do turków, którzy z rozpoczęciem wojny kraj opuścili i 3) Chorzy rozlokowani w namiotach. We wszystkich desinfekcyja spoczywała w powijakach, i dzięki tylko uczynności Dra Prisielkowa, głównego inspektora armii czynnéj, zdołał p. Markowników, i to z wielkim mozołem obowiązkom przyjętym choć w części zadość uczynić; intendenci bowiem szpitalni i lekarze zbyt obojętnie traktowali tę kwestyję, składając się brakiem odwietrzających środków, a nadto brakiem potrzebnéj usługi. Ale energija delegata przeparła złą wolę; najprzód postarał się, o ile to było możebném, o ewakuacyję czasową izb, w których przebywali chorzy dotknięci durzycą i dysenteryją, bieliznę ich oddzielono od bielizny rannych wojowników, szarpie i bandaże zużyte i ropą przesiąkłe palono w piecach na ten cel urządzonych, wychodki udoskonalono, jamy z ekskrementami asenizowano co tydzień; delegat wprowadził użycie stolców u chorych cięższą niemocą złożonych; w namiotach skrapiano podłogi chlorkiem wapna, a ściany wodnym roczynem kwasu karbolowego, w końcu przyszła kolej na desinfekcyję sienników i materaców wypychanych włosienią a używanych w sanitarnych wagonach; administracyja, a nawet lekarze bardzo się sprzeciwiali téj ostatniéj czynności. Towarzystwo czerwonego krzyża ofiarowało szpitalom i lazaretom 230 pudów kwasu karbolowego (50%), 458 pudów chlorku wapna, 304 wiader dziegciu i 40 pudów dziegciowego proszku dla spluwaczek, nadto znaczną ilość siarkanu żelaza i kwasu siarkowego.

Już wówczas, w sierpniu r. zeszłego, zwracał uwagę p. Markowników na złe warunki, w jakich się szpitale w Frateszti znajdują; jest to ostatnia stacyja kolei żelaznéj prowadzącéj z północy nad Dunaj. W koło niéj z jednéj strony grupowały się namioty przepełnione 7000 chorych, z drugiéj zaś na polanie odbywały się dniówki wojska z Rosyi przybywające; tuż obok wyładowywano produkta żywności, a zbrakowane gnily na dobre nieuprzątane, jak równie padłe woły i konie niezliczonych wozów czekających na przyjęcie prowijantów, by go rozwieść po całéj Bułgaryi; nieraz zbierało się tutaj od 20.000 do 40,000 podwodów. Można więc sobie łatwo wyobrazić, jakie masy nieczystości formowały się w około tego obozowiska; delegat przekonał się, że obszerne w sąsiedztwie pola zasiane kukurudzą w jednę wielką kloakę zamienione, tak dalece, że musiał je zniszczyć ogniem doszczętnie, urządzić stosowne wychodki, i zostawić pomocnika, któryby nieustannie czuwał nad ich desinfekcyją.

Pouczającém jest sprawozdanie prof. Markownikowa; proponuje on w końcu towarzystwu, by, jeśli chce przyjąć na siebie ciężary asenizacyi, utworzyło osobną służbę z dwóch naczelników i szesnastu pomocników złożoną, z dodaniem kilkudziesięciu posługaczy, bo o tych najtrudniéj w Bułgaryi. Nie wiemy, czy skutkiem tych propozycyj, wzmiankowane towarzystwo urządziło oddział sanitarny z poleceniem desinfekcyi Sistowy i Zimnicy; składa się on z lekarza (Dra Nakorskiego) dwóch pomocników i 30 robotników; oddział ten posiada technika, chemika i wszystkie potrzebne przyrządy i środki używane do asenizacyi, a także i odpowiednie fundusze; 1 lutego udał się on na miejsce przeznaczenia.

Ale i władze w obec krzewienia się duru na terenie europejskim nie pozostały bezczynnemi; oto bowiem na początku lutego rząd wyznaczył ruchomą komisyję pod prezydencyją ks. Golicyna; zadaniem jéj powstrzymanie szerzenia się chorób szkodliwych, nadto desinfekcyja wagonów sanitarnych i militarnych, a także całéj sieci kolei żelaznych. O czynnościach jéj nic jeszcze nie wiemy, gazety tylko doniosły, że ks. Golicyn opatrywał południowe traktaty żelazne, zaglądnął do Odessy, gdzie odbył naradę z przybyłym tamże (w połowie marca) Dr. Mundym, prezesem towarzystwa czerwonego półksiężyca.

Wreszcie rząd widział się zmuszonym do wytknięcia nowéj drogi do transportowania chorych; tak z Zimnicy zamiast jak dawniéj na Frateszti, Jassy, Ungeny, Kiszyniów, dotknięci niemocami i ranni wojownicy jadą do Żurżewa (5 wiorst od Frateszti naprzeciw Ruszczuka), a ztamtąd Dunajem i morzem do Odessy. W bulgarskich szpitalach liczono 20,000 chorych ($^1/_{13}$ marca), szpitale w Frateszti już zwinięte, a natomiast otworzono nowy na stacyi Komany, niedaleko Bukaresztu.

Otóż tyle na dzisiaj; w następującym liście mówić będę o szerzeniu się tyfusu w południowych prowincyjach cesarstwa, z przeważném uwzględnieniem Podola... ale przypuszczam, że mi za złe nie weźmiecie odłożenie gawędy na później; boję się, czy i tak nie nadużyłem łaskawéj pobłażliwości czytelników waszego pisma.

Kamieniec Podolski, kwiecień 1878, (spóźnione).

Dr. Antoni Józef Rolc.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 9 maja. Egzamina dla lekarzy ubiegających się o posadę w publicznéj służbie zdrowia rozpoczną się 18go b. m. Dotąd zgłosiło się pięciu kandydatów.

* Dr. Henryk Kadyi, 1szy asystent przy katedrze anatomii opisowéj potwierdzony został przez Ministerstwo oświaty jako docent anatomii ludzkiéj i porównawczéj w wydziale lekarskim, a Dr. Antoni Wierzejski, profesor szkoły realnéj tutejszéj, jako docent zoologii i anatomii porównawczéj w wydziale filozoficznym Uniw. Jagiell.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 17 (od 21 do 27 kwietnia włącznie) umarło w Krakowie osób 51: 23 mężczyzn i 28 kobiet; 29 osób w obwodach i 21 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 18,2. Na choroby zakaźne zmarło w tymże czasie w Krakowie osób 9; mianowicie: z dławca 1 osoba, z krzuśca 2, z duru powrotnego 4, z zimnicy 1, z zakażenia krwi 1.

* **Lwów** d. 8 maja. *(Koresp. orgg.)* Na wczorajszém posiedzeniu krajowéj Rady zdrowia Dr. Opolski przedstawił na-

stępujący projekt instytucyi oglądaczy zwłok w gminach wiejskich: 1) Pożądaném jest, aby w miejscowości, gdzie jest lekarz, tenże był oglądaczem w promieniu 4 kilometrów; gdzie zaś niema lekarzy, tam oglądaczami i ich zastępcami na kilka gmin być mają ludzie kwalifikowani. 2) Lekarze powiatowi obowiązani są odbywać naukę i egzamina z oglądaczami. 3) W przypadkach nagłéj śmierci, znalezienia zwlok, lub porodu dziecka nieżywego należy prócz oglądacza zawiadomić i przełożonego gminy. Zwłoki należy zostawić na miejscu aż do przybycia oglądacza. 4) W razie podejrzenia śmierci pozornéj oglądacz winien użyć środków ratunku. 5) Wolno chować zwłoki tylko za kartką oglądacza i w czasie przezeń oznaczonym. — Wnioski te przyjęto, a instrukcyję dla oglądaczy ułoży się na następném posiedzeniu.

Sprawę względem przywrócenia samoistnéj apteki w Krynicy i zniesienia istniejącéj w Muszynie załatwiono odmownie.

* **Odznaczenia.** Jeneralny lekarz armii Dr. Frisch otrzymał szlachectwo austryjackie. — Prof. Arlt otrzymał krzyż komandorski 2giéj kl. norwegskiego orderu Olafa.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Maurycy Żebrowski, dotychczasowy lekarz zdrojowy w Szczawnicy, wyjeżdża do Gleichenbergu, gdzie praktykę wykonywać będzie. — Stopień doktora w. n. lek. uzyskał na Uniw. Jagiell. p. Tytus Seweryn Wasilewski, rodem z Gerałtowiczek w Galicyi.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 15 maja o godz. 5téj po południu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Poniklo okaże preparat anatomiczno-patologiczny, 2) kol. prof. Blumenstok opowie przypadek sądowolekarski, 3) kol. Lutostański mówić będzie o najodpowiedniejszym sposobie zadawania przetworów żelezistych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcia.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 18 Maja 1878. Nr. 20. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Rydel.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19.)

Czwarty przypadek dotyczy 31-letniego górnika w kopalniach węgla, którego na rok przed przyjęciem do kliniki skaleczył odłamek węgla w oko prawe. W skutku tego powstało silne zapalenie, które się kilka tygodni utrzymywało nie pozbawiając go wzroku, który dopiéro w kilka miesięcy późniéj znacznie podupadł. Badanie wykazało w dolnéj zewnętrznéj ćwierci rogówki wąziuchną bliznę około 4 mm. długości, przebiegającą niemal promienisto od brzegu rogówki ku jéj środkowi. Odpowiednio téj bliźnie okazuje tęczówka, w ogólności nieco ciemniéj zabarwiona niż w oku lewém, miejsce lejkowato zaklęśnięte, różniące się od reszty tęczówki barwą jakby wypłowiałą i rozrzedzeniem tkanny, brzeg źreniczny ku dołowi—zewnątrz przytwierdzony szeroką przyczepiną tylną. Na dnie komórki przodkowéj leży odłamek węgla postaci trójkąta, którego podstawa 2 a wysokość $1\frac{1}{2}$ mm. wynosi. Obce ciało zmienia swoje miejsce stósownie do zmiany położenia głowy. Dolna zewnętrzna połowa źrenicy założona szaro-białemi szczątkami zaćmy, reszta cieńką zaćmą błoniastą. Z + 4 ma chory S $^{12}/_{200}$, z + 2 czyta Nr. 13 J. z trudnością; gdy w dwa tygodnie po wydobyciu ciała obcego i zaćmy dawnym sposobem linijowym z wycięciem kawałka tęczówki operowany klinikę opuszczał czytał Nr. 8 J. a w dal miał S $^{20}/_{200}$.

J. B., 26-letniego robotnika z Szląska pruskiego, przyjęto w marcu 1875 do kliniki. Pół rokiem wcześniéj gdy w kamieniołomie pracował dostała mu się skutkiem wybuchu masa zapalna, złożona z prochu strzelniczego, kapzli itd. do obu oczu. Silne zapalenie z gwałtownemi bólami ukończyło się utratą wzroku na obu oczach. Pominąwszy liczne blizny i ziarna prochu w spojówce, skórze powiek i twarzy, znalazłem oko prawe w wysokim stopniu zanikłe i poczucia światła pozbawione, przy wewnętrznym brzegu lewéj rogówki bliznę okrągłą, mniejszą od ziarna prosa, ku górze zaś dwa odłamki miedzi wielkości ziarnka maku wrośnięte w rogówkę przeźroczystą. Komórka przodkowa głęboka, tęczówka ku wewnątrz przerwana okazuje między brzegiem rzęskowym a źrenicznym mały otwór, prócz tego kilka tylnych przyczepin, soczewka zaćmiona, we wszystkich rozmiarach znacznie zeszczupłała, poczucie światła i lokalizacyja dobre. Zaćmę wydobyłem sposobem Graefego razem z częścią zaćmionéj torebki, w któréj tkwił maleńki odłamek miedzi; chory odzyskał S $^{20}/_{200}$, a po rozcięciu cieńkiéj zaćmy następowéj, dokonaném w 4 tygodnie późniéj S $^{20}/_{50}$. Przypadek ten przedstawia rzadki przykład wrośnięcia ciała obcego w rogówkę. Tylko o ziarnach prochu strzelniczego i małych okruszynkach wapna wiadomo, iż mogą przebywać w rogówce nie wzniecając ropienia; Arlt tylko wspomina, iż widział także drobniutkie blaszki miedzi (*Über die Verletzungen des Auges* itd. str. 86, w tłumaczeniu polskiém Dra Buszka str. 53.)

U kobiety 32-letniéj, którą 6 tygodni przed przyjęciem do kliniki uderzył kawałek drzewa w oko lewe znalazłem prócz zaćmy urazowéj przypady zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego ze znacznem podwyższeniem ucisku śródocznego i tylko poczucie światła. W trzy tygodnie po szczęśliwie wykonaném wydobyciu Graefoskiém opuściła operowana klinikę z S $^{6}/_{36}$.

Ostatni z siedmiu przypadków zaćmy urazowéj, który swojego czasu przedstawiłem na jedném z posiedzeń naszego towarzystwa lekarskiego, zasługuje z niejednego względu na uwagę. W grudniu 1874 zgłosił się do kliniki o pomoc 66 letni izraelita z powodu silnego ropnego zapalenia rogówki i tęczówki na oku prawém, które wywołane przez uraz trwało już siedm tygodni; wzrok oka lewego stracił jako chłopiec 10 czy 12-letni w skutku zacięcia biczem; gdy po całomiesięcznem leczeniu ustąpiło zapalenie, liczył chory okiem prawém zaledwie na kilkanaście cali palce, a nie było warun-

ków do przywrócenia jako tako użytecznego wzroku. Jedyna nadzieja polegała więc na oku lewém, które chory nie widząc niém od 50 i kilku lat miał za niepowrotnie stracone. W rogówce tego oka przebiegała od jéj brzegu wewnętrznego ku zewnątrz, a nieco niżéj poziomego południka blizna wązka, nieregularna, lekko łukowata, mająca około 6 mm. długości, w którą wrośnięta była tęczówka. Po rozszerzeniu źrenicy widać na przodkowéj torebce, odpowiednio bliźnie rogówkowéj na 1 mm. szeroką, a kilka mm. długą smugę czarnego barwika, przebiegającą poziomo. Przodkowa torebka i soczewka przedstawiają zaćmienie barwy krédowato białéj, zaćma jest płaska i cieńsza od prawidłowéj soczewki, poczucie światła i zdolność lokalizowania dobre. Po szczęśliwie wykonanéj operacyi Graefego, przy któréj po wydaleniu ostrym haczykiem zaćmionéj torebki odeszła płynna istota zaćmowa opuścił operowany klinikę z początkiem czwartego tygodnia z S $^{20}/_{200}$, a więc z wypadkiem, który zwłaszcza ze względu na bliznę rogówkową przebiegającą przed źrenicą za nader pomyślny uważać należy. Przypadek ten ciekawy jest naprzód z tego powodu, że zacięcie biczem zrządziło przedarcie rogówki, które po zadziałaniu narzędzi tępych chyba wyjątkowo się zdarza, a powtóre ze względu na dobrze utrzymaną wrażliwość siatkówki pomimo 50 i kilkoletniéj nieczynności oka. Z literatury znane mi są tylko dwa przypadki podobne, a mianowicie przypadek Graefego, w którym po 60-letniém i przypadek Arlta, w którym po 40-letniém trwaniu zaćmy odniosła operacyja pomyślny co do wzroku skutek.

U jednéj choréj wreszcie wydobyłem sposobem Graefego soczewkę wypadniętą do komórki przodkowéj w skutku uderzenia trzaską, która przy rąbaniu drzewa przed sześciu tygodniami odskoczyła. Zwichnięcie soczewki wywołało rozpoczynające jéj zaćmienie i jaskrę następową z silnemi bolami; uszkodzona miała tylko poczucie światła. Po operacyi, przy któréj odpłynęła mierna ilość ciałka szklanego, odzyskało oko S $^{13}/_{200}$.

W tych ośmiu przypadkach osiągnięto więc następujący wypadek:

S $^{20}/_{50}$	1
S $^{6}/_{36}$	1
S $^{20}/_{200}$	2
S $^{13}/_{200}$	1
S $^{10}/_{200}$	1
S $^{2}/_{200}$	1
S $^{1}/_{\infty}$	1.

3. Zaćm powikłanych z innemi cierpieniami oka, w których następstwie się wytworzyły *(cataracta complicata consecutiva)* operowano 25 u 22 osób. Cierpienie pierwotne było:

Przewlekłe zapalenie tęczówki i naczyniówki	w 10	oczach
„ „ „ i ciałka rzęskowego	w 4	„
„ „ zanikowe naczyniówki	w 6	„
Oderwanie siatkówki	w 3	„
Barwikowe zapalenie siatkówki	w 1	oku
Jaskra	w 1	„

Z 10 oczu z zaćmą następową w skutku przewlekłego zapalenia tęczówki i naczyniówki 3 tylko pozwalało rokować dość pomyślnie, co do 7 zaś miałem już z góry tylko wątpliwą nadzieję przywrócenia wzroku pośledniego, którego odzyskanie jednak byłoby dla tych nieszczęśliwych, na oba oczy ciemnych zawsze jeszcze wielkiém dobrodziejstwem. Przyczyną takiego rokowania były ciężkie zmiany chorobowe, a w niektórych oczach nawet oznaki rozpoczynającego się zaniku, tudzież znaczne zmniejszenie wrażliwości siatkówki i zdolności lokalizowania. W celu poprawienia stósunków krążenia i odżywiania wykonałem poprzednio w 4 z tych oczu jedno lub nawet dwukrotną irydektomiję. Sposobem Graefego operowałem 8 oczu i osiągnąłem u 7 pomyślny wynik techniczny, w jednym zaś ukończyło się zanikiem gałki ocznéj i utratą poczucia światła już przed operacyją lichego. Pięć z tamtych 7 odzyskało wzrok, a mianowicie S $^{20}/_{50}$, $^{20}/_{70}$, $^{13}/_{200}$, $^{3}/_{200}$ i $^{1}/_{200}$, w jedném ocalało poczucie światła, jedno utraciło i tę zdolność. Z dwojga oczu operowanych sposobem płatowym Wenzla odzyskało jedno S $^{3}/_{200}$, w drugiém ocalało tylko S $^{1}/_{\infty}$. Razem odzyskało więc z 10 oczu téj kategoryi tylko 6, czyli 60% wzrok w różnym stopniu.

Wszystkie 4 oczy z zaćmą wywołaną przez *Iridocyclitis* operowano sposobem Graefego; 3 z nich czyli 75% odzyskało S $^{20}/_{50}$, $^{15}/_{200}$ i $^{2}/_{200}$, jedno zaś utraciło i to nieszczególne poczucie światła, jakie jeszcze przed operacyją miało.

Z 6 oczów z zaćmą powstałą w następstwie zanikowego zapalenia naczyniówki miało troje jeszcze warunki do odzyskania choć pośledniego wzroku i te operowano sposobem Graefego z wynikiem S $^{12}/_{200}$, $^{6}/_{200}$ i $^{1}/_{\infty}$. Z trojga innych operowałem jedno, pozbawione wszelkiego poczucia światła li tylko w celu usunięcia zwapniałéj soczewki, która wypadłszy kilkanaście dni pierwéj do komórki przodkowéj wzniecila silne zadraźnienie naczyniowe i nerwowe. Za pomocą wydobycia płatowego osiągnięto cel w zupełności. Mężczyźnie 32-letniemu, uczuwającemu blask stoczka zaledwie na 2 metry, a pozbawionemu zdolności lokalizowania dałem się na usilne i natarczywe prośby skłonić do operacyi Graefego, nie mając prawie żadnéj nadziei jakiegokolwiek dodatniego wyniku. Te dwa oczy odniosły wprawdzie wynik pomyślny pod względem technicznym, ale ujemny co do wzroku, gdyż S było $^{1}/_{\infty}$ jak przed operacyją.

Wydobycie sposobem Graefego z trojga oczu zaćmy, będącéj następstwem oderwania siatkówki, miało tylko pomyślny wypadek techniczny, a jedno z nich pozbawiło nawet poczucia światła.

U choréj z zaćmą czarną *(Cataracta nigra)* i miernem poczuciem światła ale niedokładną lokalizacyją pozostała operacyja Graefego bez skutku co do wzroku, pomimo, iż przywróciła tak doskonałe warunki optyczne, że za pomocą wziernika rozpoznać można było w najdrobniejszych szczegółach zapalenie siatkówki barwikowe, jako przyczynę téj rzadkiéj postaci zaćmy.

Wreszcie wydobyłem sposobem Graefego zaćmę z oka jaskrą dotkniętego ze skutkiem pomyślnym. U téj choréj ociemniałéj od roku na oku lewém skutkiem jaskry wykonał Dr. Zagórski w Rzeszowie na oku prawém irydektomiję ku górze ze skutkiem pomyślnym, który się przez cztery blizko lata niezmiennie utrzymywał. Na trzy miesiące przed przyjęciem choréj po raz pierwszy do mojéj kliniki zaczął wzrok na nowo upadać. Oko wolne od wszelkich przypadów zapalnych znalazłem znacznie twardsze, ale mimo głębokiego wydrążenia tarczy n. wzr. i dość znacznego ścieśnienia pola widzenia wynosiła jeszcze S $^{20}/_{70}$. Po irydektomii wykonanéj ku dołowi zupełnie prawidłowo nie zmniejszyło się jak zwykle napięcie oka zaraz, byłem więc przygotowany na przebieg złośliwy *(Glaucoma malignum Graefe)*, a przynajmniéj na bardzo powolne gojenie się ranki. Piérwsze ślady przodkowéj komórki spostrzeżono też rzeczywiście dopiéro w początku czwartego tygodnia po operacyi. Mimo to odzyskało

oko zwolna prawidłowe napięcie, a chora opuściła klinikę w szóstym tygodniu po operacyi z dość głęboką komórką i $S\,^{20}/_{200}$. W $1\,^{1}/_{4}$ roku później zgłosiła się chora powtórnie do kliniki z ciśnieniem śródocznym wątpliwie podwyższonym, bez żadnego śladu komórki przodkowéj, ale za to z żółtawo-szarém jednostajném zaćmieniem soczewki, przypartéj do rogówki i z dobrém wprawdzie poczuciem światła, ale nieosobliwą zdolnością lokalizowania. Chora opowiedziała, że po wystąpieniu z kliniki utrzymywał się wzrok jednakowy przez trzy miesiące, późniéj zaczęła widzieć stopniowo coraz gorzéj, aż wreszcie przed 4 miesiącami zupełnie ociemniała. Po wydobyciu sposobem Graefego, wykonaném mimo niezwyklych trudności zupełnie szczęśliwie, goiła się ranka tak powoli, iż zabliźnienie téjże w całéj rozciągłości stwierdzono dopiero po 4 tygodniach. Po dalszych 3 tygodniach opuściła operowana klinikę z okiem prawidłowo napiętém, ale bez śladu komórki i z $S\,^{6}/_{200}$.

Z 22 oczu należących do téj gromady, co do których miałem przed operacyją choćby jaką taką nadzieję przywrócenia wzroku odzyskało więc:

$S\,^{20}/_{50}$ . . .	oczu	2
$S\,^{20}/_{70}$ . . .	„	1
$S\,^{12}/_{200}$ do $^{15}/_{200}$	„	3
$S\,^{6}/_{200}$ . . .	„	2
$S\,^{1}/_{200}$ do $^{3}/_{200}$	„	4
$S\,^{1}/\infty$	„	6
S 0	„	4

4. Zaćmę cukrzycową operowano u górnika 50 l. na obu oczach sposobem Graefego i osiągnięto na jedném oku $S\,^{20}/_{70}$, na drugiém $^{20}/_{200}$; u chłopca 17 l. zaś na jedném oku (na drugiém były dopiero początki) sposobem linijowym dawnym z wycięciem tęczówki i przywrócono mu $S\,^{6}/_{24}$. Rozbiór chemiczny wykonany przez prof. Stopczańskiego wykazał w soczewce obecność cukru.

5. Zaćm miękkich samorodnych operowano 7, a mianowicie u dwóch chłopców (10 i 2 letniego) i dziewczyny 17 letniéj na obu oczach; u dziewczyny zaś 10 l. na jedném oku. U chłopca dwuletniego była zaćma wrodzoną, u reszty nabytą. U 17 letniéj dziewczyny operowałem sposobem dawnym linijowym z wycięciem tęczówki i przywróciłem na obu oczach $S\,^{20}/_{70}$, wszystkie inne przypadki (5) za pomocą rozcięcia, które w dwóch oczach trzeba było powtórzyć. Wypadek był $S\,^{16}/_{18}$, $^{6}/_{18}$, $^{6}/_{24}$ u chłopca 2 letniego otrzymano na jedném oku wypadek pomyślny nie mogąc S oznaczyć w tym wieku bliżéj, drugie oko uległo zanikowi w skutku Iridocyclitis.

Prócz 7miu zaćm miękkich operowano jeszcze za pomocą rozcięcia 4 płynne wrodzone u chłopca 1 i 5 letniego, wszystkie z wypadkiem pomyślnym, nie dającym się bliżéj oznaczyć.

6. Oprócz tych wszystkich właściwych operacyj zaćmy wykonano jeszcze w 10 oczach u 5 chorych irydektomiję w celu poprawienia wzroku, upośledzonego przez niepostępowe zaćmy częściowe środkowe. Trzech młodych ludzi (10, 23 i 25 letni) i 31 letnia dziewczyna wiejska miało zaćmę warstwową, 21 letni mężczyzna zaś wrodzoną zaćmę osiową. Drugi brat młodszy miał również na obu oczach tę samą postać zaćmy od urodzenia. Wszystkie 10 operacyj odniosły pożądany skutek.

Wyniki co do wzroku otrzymane po operacyjach zaćm, będących przedmiotem téj części rozprawy podałem mówiąc o każdéj gromadzie poszczególnéj. Bystrość wzroku nie jest atoli w tych przypadkach właściwą i słuszną miarą wartości operacyi, pominąwszy bowiem niepodobieństwo oznaczenia bystrości wzroku odzyskanego u małych dzieci, napotykamy w tych postaciach zaćmy mniéj lub więcéj znaczne przytępienie wrażliwości siatkówki już to skutkiem pierwotnéj choroby oka, która wywołała zaćmę, już téż skutkiem dłużéj trwającéj nieczynności oka w przypadkach wrodzonéj lub w pierwszém dziecięctwie nabytéj, a nierychło operowanéj zaćmy. Mimo przywrócenia przez operacyję najkorzystniejszych warunków optycznych, tj. mimo zdziałania przez operacyję wszystkiego co po niéj słusznie wymagać można, wypadek co do wzroku może być bardzo pośledni, bo wytworzenie najlepszego obrazu na siatkówce mało wrażliwéj nie wystarcza do dokładnego widzenia. Trzeba więc odróżnić wypadek co do wzroku od wypadku technicznego.

Po odtrąceniu 10 irydektomij, jako nie należących do właściwych operacyj zaćmy wypadek techniczny reszty 69 operacyj przedstawia nam się jak następuje:

Wydobycie spos. Graefego	operacyj	42	niepom.	4	czyli	9·52%
„ „ liniow. dawn.	„	14	„	1	„	7·14%
„ „ płatowym	„	4	„	1	„	25·00%
Rozcięcie	„	9	„	1	„	11·11%

Na zakończenie jeszcze nieco o operacyi Graefego. Wypadki co do wzroku, otrzymane za pomocą tego sposobu operowania podałem już w ciągu téj pracy dwukrotnie szczegółowo; raz o ile one dotyczą zaćm samorodnych niepowikłanych, a powtóre w odniesieniu do zaćm, że je krótko tak nazwę nieregularnych. Zestawiając razem, okazuje się, że z 319 ócz dotkniętych zaćmą niepowikłaną odniosło wypadek co do wzroku ujemny 16; na 42 ócz zaś z zaćmą nieregularną 12, a więc razem 28 na 361 czyli 7·76%. Jeżeli jednak, jak słuszna, zaliczymy do pomyślnych wszystkie te przypadki zaćm nieregularnych, w których operacyja przywróciła dobre warunki optyczne tj. zdziałała wszystko co od niéj zależy, to straty ograniczą się do 20 ócz czyli do 5·54%. Wypadki te są tak same przez się jakotéż i w porównaniu z wypadkami innych operatorów zadowalające. W statystykach, które mam pod ręką, przedstawiają się straty jak następuje:

Arlt	na	1075	przypadków	61	czyli	5·67%
Knapp	„	500	„	30	„	6·00 „
Hirschberg	„	100	„	5	„	5·00 „
Statystyka Cohna *)	„	1727	„	133	„	7·70 „
Ogółem	„	3402	„	229	„	6·73%

Mooren *(Ophth. Mitth. aus dem Jahre 1873)* powiada, że w różnych okresach czasu tracił od niespełna 3 aż do $7\,^{1}/_{2}$%, ale że po wykonaniu blizko 1500 operacyj wypadają jego straty w przecięciu na 6 do $6\,^{1}/_{2}$%, co się téż zgadza z powyższą przeciętną odsetką strat.

W obec tak pomyślnych wypadków nie widziałem potrzeby chwytać się żadnej z rozlicznych mniéj lub więcéj istotnych zmian sposobu wydobywania, na których niezbywało w nowszych i najnowszych czasach, nie spodziewając się po nich lepszych wypadków. Zgadzam się w téj mierze z Moorenem (tamże), który powiada: „Czy się kiedykolwiek uda zastąpić ten sposób operowania (Graefego) lepszym, nikt

*) Wyniki 838 operacyj zaćm samorodnych niepowikłanych, uskutecznionych w roku 1874 przez 22 operatorów i 889 takichże operacyj, wykonanych przez 25 operatorów w roku 1875. *Ophthalm. Statistik von H. Cohn w Nagla Jahresbericht für 1874 und 1875.*

orzec nie zdoła, ale to twierdzić można już teraz z bezwzględną pewnością, że szukanie innych sposobów, któreby nie pociągały za sobą strat, będzie zawsze tak złudnem, jak daremnem pozostać musiało dążenie alchemików do wynalezienia kamienia mądrości.“ Ja dodałbym, że nie tylko tego kamienia, ale nawet lepszego sposobu operowania jeszcze i dotąd nie wynaleziono. Wszelkie rzeczywiste ulepszenie zapewniające pomyślniejsze wypadki lub inne istotne korzyści powitam z radością i nieomieszkam przyswoić go sobie poczuwając się do tego obowiązku podwójnie, raz jako nauczyciel, a powtóre jako lekarz praktyczny. Do próbowania jednak nowych sposobów operowania zniewolą mnie tylko ważne względy teoretyczne, uzasadniające rzeczywistą ich wyższość, albo też niewątpliwie lepsze wyniki, ale stwierdzone rozległą, przynajmniéj 1000 przypadków obejmującą statystyką. Na mniejszych liczbach, za pomocą których wynalazcy nowych sposobów operacyjnych udowadniają często ich wyższość, polegać nie można. Gorączkowe ubieganie się za nowością i przerzucanie się od jednego sposobu operowania do drugiego nie przynosi żadnéj korzyści, ale owszem rzeczywistą szkodę, bo staje na przeszkodzie udoskonaleniu samego sposobu operacyjnego i odejmuje operatorowi możność nabywania coraz większéj wprawy i téj, że tak rzeknę, finezyi w wykonywaniu operacyi, za pomocą któréj dochodzi się stopniowo do coraz lepszych, a w końcu dopiero do najpomyślniejszych wypadków, jakie pewnym sposobem operacyjnym w ogólności osiągnąć można. Że zaś nawet najzręczniejszy i najwprawniejszy operator nie otrzymuje za pomocą nowego sposobu operowania odrazu wypadków tak pomyślnych, do jakich z czasem dochodzi, przyznają wszyscy, a niezbitemi liczbami dowodzi statystyka. Doniosłość wpływu wprawy wynika ze statystyki takich nawet mistrzów jak Arlt, którego pomyślne wypadki otrzymane sposobem Graefego wynoszące w pierwszym roku 82·09% zwiększają się z roku na rok stopniowo tak, że w ósmym roku dochodzą do 91·82%, podczas gdy całkowite straty zmniejszają się równocześnie z 5·97% do 0·91%. Rozpatrując się w moich własnych operacyjach przedstawia nam się wpływ coraz większéj wprawy jak następuje:

Z 319 operacyj zaćmy samorodnej niepowikłanéj wykonali moi asystenci 69, ja sam zaś 250. Dzieląc ostatnie na pięć gromad po 50 okazuje się że

z pierwszéj gromady	straciłem	4 ócz	czyli 8%
z drugiéj „	„	3 „	„ 6%
z trzeciéj „	„	4 „	„ 8%
z czwartéj „	„	2 „	„ 4%

z piątéj „ niestraciłem żadnego oka, a gdy i z czwartéj odzyskało wzrok ostatnich 25 ócz, nie straciłem więc z ostatnich 75 ócz ani jednego. Jeżeli już pomyślne przeciętne wypadki zachęcają mnie do pozostania przy sposobie Graefego, to coraz bardziéj zmniejszająca się odsetka strat napawa mnie tém większą otuchą i nakazuje mi uprawiać daléj ten sposób operowania dopóty, dopóki ważne względy rozumowe lub pomyślniejsze wypadki, poparte rozległą statystyką, nie udowodnią wyższości innego sposobu operowania.

II. Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Prof. Meynerta we Wiedniu.

Przypadek nowotworu w okolicy mostu Varola. Powikłanie zboczeń nerwowych ze szczególnego rodzaju objawami psychicznemi.

Opisał Dr. Alf. J. Laskiewicz-Friedensfeld,

Sekundaryjusz w oddziale dla chorób nerwowych i umysłowych, oraz demonstrator w zakładzie histologiczn-fizyjolog. prof. Brückego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

2go marca: Prawém okiem liczy chora palce w oddaleniu 1 m. od oka, lewém zaś widzi daleko mniéj choć rogówka tego oka jest całkiem czystą, a mianowicie rozpoznaje zaledwie ruch ręki w témże oddaleniu. Porażenie mięśni odwodzących gałki zmniejsza się pomału, tak iż gałki cokolwiek po za liniją prostopadłą dzielącą szparę powiekową na zewnątrz poruszone być mogą; zjawisko to jest najlepszym dowodem, że ucisk, który z góry na dół na most Varola, a za jego pośrednictwem na obydwa nerwy odwodzące działać musiał, cokolwiek się zmniejszył, że więc i nowotwór i ognisko zapalne cokolwiek ustąpiło, albo znikł obecnie naciek poboczny surowiczy, który tak często towarzyszy owym miejscowym sprawom wskutek utrudnionego krwi krążenia. Porażenie kilku gałązek nerwów okoruchowych jeszcze mniejsze. Chora już częściéj chodzi po pokoju.

8go marca: przeniesiono chorą, któréj stan coraz bardziéj się poprawiał i jeszcze większéj obiecywał poprawy, na oddział dla wewnętrznie chorych w tymże szpitalu, a to w skutek ciągłego przepełniania chorymi kliniki psychijatrycznéj.

5go kwietnia miałem sposobność widzieć chorą w klinice okulistycznéj prof. Arlta, dokąd się chora znowu udała, aby prosić o pomoc dla znacznego upośledzenia wzroku. Prawém okiem mogła liczyć palce w odległości 20 cm. od oka, lewém zaś poznawała tylko rękę, jeżeli się porusza bezpośrednio przed jéj twarzą. Za pomocą wziernika można na oku prawém rozpoznać zanik n. wzrokowego; zresztą nie można rozpoznać dokładniéj cierpienia dna oka, ponieważ jak już wyżéj wspomnieliśmy, rogówka tego oka była siedzibą zaćmienia dość znacznego, pozostałego po zapaleniu téj błony miąższowém; z pewnością można tylko orzec, że stopień zaniku n. wzrokowego tego oka był daleko mniejszym i że w ogóle dno tego oka daleko mniéj okazywało zmian, a więc i przedtém nerw wzrokowy i siatkówka daleko mniéj dotknięte były sprawą zapalną, niż w oku lewém, tak że chora, gdyby rogówka prawego oka była całkiem czystą, widziałaby tém okiem daleko lepiéj, aniżeli lewém. Tarcza n. wzrokowego lewego ma barwę białą, całkiem zanikła, cokolwiek wklęsła, o niejasnych granicach, jak to bywa po zapaleniu n. wzrokowego. Naczynia siatkówki również brały udział w zaniku; były one zwężone, przeważnie tętnice, żyły również węższe i całkiem bez blasku. W okolicy plamki żółtéj są ważne zmiany, jakie często występują w skutek zapalenia n. wzrokowego i siatkówki, powstałego na podstawie ogólnéj choroby, a mianowicie choroby nerek Brighta, (co jednak u naszéj choréj nie miało miejsca, bo wynik badania moczu był ujemny), albo w skutek cierpień miejscowych śródczaszkowych, a rzadko bardzo się zdarza w zapaleniu siatkówki kiłowém. Znaleziono w tém miejscu gromadę

drobnych kropeczek i plamek koloru żółtego, jak złoto, i silnie połyskujących; zmiany te są następstwem przeistoczenia pierwiastków siatkówki, a mianowicie ich stłuszczenia; być może, że brały udział w zmianach tych i drobne wypociny, które zapewnie poprzedzały zanik i przeistoczenie siatkówki i w owym czasie wystąpiły, gdy chora nie była jeszcze w klinice Meynerta, lecz w innym oddziale szpitala; myśmy bowiem w okolicy plamki żółtéj żadnych przedtém zmian wykryć nie mogli. Zresztą wyglądała bardzo dobrze; cokolwiek utyła, jak to dość często się zdarza u ludzi, którzy za pomocą wcierań wyleczeni zostali z choroby kilowéj, choć tylko częściowo i warunkowo. Chora była w najlepszym humorze, ból i zawrót głowy straciła już od kilku tygodni, jednakowoż chodziła bardzo niepewnie; musiano ją prowadzić, rozumie się, po większéj części dla ślepoty. Zézu nie straciła, porażenie n. twarz. zmniejszyło się nieco. Z kliniki okulistycznéj Arlta, gdzie naturalnie pomódz jéj nie można było, odesłano ją do domu.

W przypadku tym, który się wyzdrowieniem ukończył, nie mogliśmy się przekonać przez sekcyję, czy rozpoznanie nasze całkiem było trafném; pomimo to objawy chorobowe niczém innem nie dają się wytłumaczyć, jak tylko przypuszczając obecność w samym mózgu nowotworu kiłowego, którego prawdopodobną siedzibę już wyżéj wskazałem. Widzieliśmy, że objawy miejscowe najłatwiéj zgadzają się z takiém przypuszczeniem, że porażenie jednych, a zadrażnienie innych nerwów niczém innem nie mogą być wywołane. Przedewszystkiém musimy przyznać, że mamy tu do czynienia z miejscową sprawą chorobową mózgu, a nie z ogólną chorobą całego mózgu, gdyż przypady chorobowe należą do tak zw. objawów ogniskowych *(Herdsymptome, Griesinger)*; a mianowicie są to: częściowy ból głowy, porażenie jednych, a zadrażnienie innych nerwów; zboczenia w sferze umysłowéj, do których przedewszystkiém zaliczyć należy zapominanie się, niemożebność oryjentacyi co do czasu lub miejsca, nieprawidłowości w koordynacyi, zboczenia ze strony zmysłów, wreszcie drgawki. Ponieważ objawy te nie minęły wkrótce, nie można przypuścić ani częściowéj niedokrwistości, ani przekrwienia lub nacieku mózgu surowiczego; można przypuścić tylko naciek zapalny lub nowotwór, za czém przemawiają w równéj mierze przebieg choroby, zmiany i zboczenia coraz bardziéj się wzmagające i doszedłszy szczytu choroby, znów powoli ustępujące. Wiek choréj i brak wszelkich zboczeń i nieprawidłowości w czynnościach serca lub naczyń wykluczają udar również jak i częściowe stwardnienie mózgu. Ajtyjologija (brak urazu) wyklucza zapalenie urazowe lub zgorzel; porażenie mózgu postępowe nie mogło tu być przyczyną owych objawów; przypuszczeniu temu sprzeciwiałyby się: młody wiek choréj, przebieg choroby i brak cechujących przyczyn; toż samo tyczy się przypuszczenia t. zw. rozmiękczenia mózgu, (brak wady sercowéj, nieodpowiedni wiek choréj) nacieku zapalnego na podstawie skazy kilowéj nie podobna nawet i za pomocą drobnowidu odróżnić od prawdziwego kilaka; ropień mózgu nietrudno wykluczyć, również z przyczyn tylko co wymienionych; ponieważ choroba zaczęła się powoli, a nie można przypuścić w tym przypadku zakrzepu lub téż zatoru. Pozostaje więc tylko jedna sprawa chorobowa, to jest nowotwór. Nie ulega też wątpliwości, że nowotwór powinien był powstać na tle skazy kiłowéj, a więc był kilakiem ostroograniczonym, mając wewnątrz mózgu po nad mostem Varola swą siedzibę; nowotwór ów *(Gumma)* musiał być ostroograniczonym, a nie rozlanym, jak to często właśnie w mózgu się zdarza; Niemeyer *(Lehrbuch der spec. Pathol. und Therapie, Berlin 1868*; Bd. II, S. 26) utrzymuje nawet, że ten ostatni gatunek nowotworów częściéj niż ograniczone kilaki w mózgu się wydarzają; Meynert również dość często spotykał przy sekcyjach rozlane nowotwory przyrody kilowéj. Porażenie pewnéj liczby nerwów, zadrażnienie innych, owe zboczenia ruchowe i czuciowe są niezawodnie zależne od miejscowych i ściśle ograniczonych zmian w początkach samych nerwów lub téż w pobliżu tychże; już wyżéj wspomnieliśmy o prawdopodobnéj siedzibie nowotworu, którego obecnością prawie wszystkie objawy łatwo dają się wytłumaczyć; co do objawów w sferze umysłowéj to postaramy się i tego rodzaju zboczenia wyjaśnić jako w skutek zmian w samym rdzeniu mózgowym *(Gehirnstamm)* powstałe; zresztą, dopóki w tym przypadku nie przyjdzie do sekcyi, nie można wiedzieć, czy téż i w innych częściach mózgu nie znajdował się takiż nowotwór ostroograniczony lub rozlany. Ciekawém jest w każdym razie to zjawisko, że u choréj téj kiłą zarażonéj tak wcześnie wystąpiły owe groźne przypady mózgowe, gdy tymczasem wiadomo, że mózg należy do narzędzi, które dopiero w najpóźniejszym okresie kiły dotknięte bywa sprawą przymiotową, tak iż niektórzy autorowie z Ricordem na czele odróżniając ściśle odgraniczone 3 okresy w przebiegu kiły zaliczyli już od dawna chorobę mózgową do najpóźniejszych objawów kiły trzeciorzędnéj. U naszéj choréj pojawiły się początki choroby mózgowéj w 3 kwartały po pierwszém zakażeniu, które miało miejsce na wiosnę r. 1877; osutka grudkowo-plamista wraz z zapaleniem tęczówki wystąpiła w lecie tegoż samego roku; a z końcem r. 1877 i z początkiem r. 1878 doznała chora pierwszych przypadów nerwowych. Dziś wiemy, że zdarza się niekiedy nawet daleko krótszy przebieg w kile, który może trwać kilka miesięcy, nawet kilka tygodni; wiadomo także, że ów podział Ricorda na kiłę pierwszo,- drugo i trzeciorzędną nie daje się tak ściśle stósować do praktyki, ponieważ niekiedy objawy, które np. do 3-rzędnéj kiły zaliczamy równocześnie występują ze zjawiskami i przypadami, które uważano za zjawiska kiły 2-rzędnéj; prawda, że w jednym i tym samym narządzie lub ustroju nigdy wczesne przypady chorobowe nie łączą się z takiemi, które dopiero w późniejszym okresie kiły się zdarzają, lecz porządek w którym zmiany chorobowe w pewnym narządzie występują, zawsze się utrzymuje; mogą się tylko późniejsze zmiany w jednym narządzie łączyć ze wczesnemi zmianami kiłowemi drugiego narządu (Reder, *Pathol. u. Ther. der Vener. Krankheiten, Wien 1863, s. 220)*, tak np. kilaki w saméj skórze mogą dopiero aż po przebiegu osutki plamistogrudkowéj wystąpić, w trzewach zaś mogą one się zjawić równocześnie z ostatnią. Widzieliśmy, że wszystkie objawy chorobowe wywołane przez obecność nowotworu, zamęt *(perturbatio)*, utrata przytomności, zawrót głowy, uporczywy, gwałtowny i długotrwały ból głowy, zboczenia w sferze czuciowéj i psychicznéj, wreszcie zjawiska ruchowe, wszystkie te zjawiska chorobowe wzrastały, mnożyły się i doszedłszy do pewnego szczytu znowu przy użyciu środków przeciwkiłowych zaczęły się zmniejszać; niektóre całkiem ustąpiły, nawet i porażenie nn. odwodzących gałki, które najprzód było całkowite, powoli zaczęło ustępować; wszystko to przemawia za zmniejszeniem się nowotworu, którego pierwiastki uległy zapewne zanikowi, stłuszczeniu lub rozpadowi, a późniéj być może że zostały wessane, przynajmniéj częściowo; w każdym razie objętość nowotworu znacznie musiała się zmniejszyć. Widzieliśmy, że zmiany, którym uległy nerw wzrokowy i siat-

kówka, zależały tylko od zastoju krwi lub limfy w naczyniach odprowadzających soki owe z jamy oczodołowéj do wnętrza czaszki; w skutek powiększonego ciśnienia śródczaszkowego nastąpiło téż i t. zw. zapalenie n. wzrokowego i siatkówki zastoinowe, które w krótkim stosunkowo czasie doprowadziło do całkowitéj prawie ślepoty; gdy zaś cierpienie, któremu zapewne uległa również i zatoka jamista, cokolwiek się zmniejszyło, zaczął także i wzrok się polepszać; ciśnienie to jednak całkiem nie ustąpiło, a ponieważ ono dość długo trwało, więc łatwo zrozumieć, że ta okoliczność właśnie dostateczną już była do tego, aby wzrok zniszczyć na zawsze i wywołać wyżéj opisane zmiany w okolicy plamki żółtéj, które mogły powstać również i w skutek obecności wypociny w siatkówce saméj. Gwałtowny ból głowy, umiejscowiony w tyłogłowiu, mógł być również zależnym od powiększonego ciśnienia śródczaszkowego, bardziéj jeszcze od pewnego rodzaju ucisku lub rozdęcia namiotu móżdżkowego *(tentorium)*, jak to Niemeyer (l. c. pag 265) starał się wytłumaczyć, albo wreszcie od drażnienia samych włókien nerwowych, mianowicie nerwu trójdzielnego, w którego gałązki bogato zaopatrzoną jest opona twarda mózgu; powierzchowny ból głowy, nie sięgający w głąb, tłumaczy Niemeyer jako zależny od uszkodzenia téj właśnie błony, bardzo czułéj; również i Meynert. Zdania te popierają doświadczenia robione na zwierzętach, po części i na ludziach z uszkodzeniem czaszki i mózgu. Uszkodzenia opony twardéj wywołują silne ruchy zwrotne i ból gwałtowny; uszkodzenie zaś kory i pewnéj części istoty białéj w mózgu żadnego bólu nie wzbudzają. Oprócz tego nerwobólu spostrzegliśmy u choréj naszéj i nadczułość powierzchownych gałęzi nerwowych, znajdujących się w saméj skórze; a mianowicie nadczułość skrzyżowaną (w około prawego ciemienia), a następnie i nadczułość rozpowszechnioną po większéj części ciała; czy zaś to była nadczułość połowicza, czy zaś ogólna, co w danym przypadku byłoby nader pożądaném wiedzieć, tego nie można rozstrzygnąć dla dziecinnego i histerycznego usposobienia choréj, oraz dla znacznéj jéj wrażliwości na wszelkie bodźce. Nadczułość tego rodzaju, towarzysząca bardzo często różnym chorobom mózgowym (Charcot), powstaje w skutek podrażnienia nerwów czuciowych, przebiegających w odnogach mózgowych *(pedunculi cerebri)*, w moście Varola (przeważnie w zewnętrznych pęczkach włókien, z których się most składa), daléj pod dnem komórki 4éj i krzyżujących się właśnie w temże miejscu, a mianowicie w obrębie między mostem Varola a rdzeniem przedłużonym. (Porówn. Conty *„De l'hémianesthésie mésocéphalique,“ Gaz. hebd. de med. et chir.* Nr. 30—38, 1877 i *Sur quelques troubles sensitives d'origine mésocéphalique,“ ibidem* Nr. 1—4, 1878; sprawozd. w *„Medycynie“* Nr. 9 i 10). Nerwobóle i nadczułość znikły w dalszym przebiegu choroby; czy zaś później nastąpiło znieczulenie częściowe, ograniczone, tego nie można było roztrzygnąć i wyśledzić u naszéj choréj, ze względów wyżéj wspomnionych; znieczulenie ogólne lub połowicze można było w tym przypadku z pewnością wykluczyć. Włókna czuciowe uległy więc tylko podrażnieniu i ciśnieniu; o zniszczeniu znaczniejszéj części tych włókien nie ma i mowy. Porażenie niezupełne i skrzyżowane odnóg również ustąpiło; porażenie n. twarzowego jednostronne zmniejszyło się cokolwiek. Omamy w dziedzinie smaku i słuchu, które może zależały również od podrażnienia włókien nn. słuchowego, językowego i języko-połykowego, przebiegających w moście i rdzeniu przedłużonym i biorących po części tamże swój początek, również znikły.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Kaposi we Wiedniu: **Przyczynek do leczenia niektórych chorób skórnych „Vaseliną,“ „Ungt. Vaselini plumbicum.“**

Na wystawie w Filadelfii pojawił się nowy przetwór, mający zastąpić tłuszcze i maści odgrywające tak ważną rolę w terapii chorób skórnych, pod nazwą *„Vaseline* lub *Saxoleum inspissatum.“* Ciało to otrzymywane z pozostałości podestylacyjnych nafty amerykańskiéj przedstawia się w ciepłocie zwykłéj jako masa barwy opałowo lub miodowo-żółtéj, rozpływająca się między palcami, mazista, bez smaku i woni; topi się w ciepłocie 37° C., należy do rzędu wodników węgla, nierozpuszcza się w wodzie, ale za to w wyskoku i w eterze. Przetwór ten rozmiękcza przyskórek czyniąc go podatniejszym, podobnie jak tłuszcze i nadaje się bardzo do użycia w wyprysku łuskowym, i jeżeli skóra jest suchą i łatwo pęka. Zasługuje zaś z tego względu na pierwszeństwo przed środkami dotąd zalecanemi, że jedne, jak tran, mają woń nieprzyjemną, inne zaś, jak gliceryna, maść glicerynowa, drażnią skórę, podczas gdy Vaselina pod tym względem zachowuje się obojętnie. Ponieważ więc nie ulega rozkładowi, jak np. maście, które produkują kwasy tłuszczowe, można przeto przetworu tego użyć nawet w początkach zapalenia skóry, jak np. przy wyprysku po ukończeniu leczenia świerzbu lub po wcieraniach szaruchy, na skórę obnażoną z przyskórka w przypadkach wyprysku sączącego, bąblicy itd.

Na błonie śluzowéj np. pochwy, cewki moczowéj nie sprawia palenia, tak jak gliceryna, a ztąd może być z korzyścią użytą do smarowania wzierników i cewników.

Vaselinę można bardzo dobrze połączyć z woskiem dla nadania mu większéj tęgości.

(Rp. Cerae flavae v. albae 20,00
Vaselini 80,00
Aq. Lauroc.
Aq. Rosarum
utrq. 10,00).

Vaselina da się również połączyć z rozmaitemi solami metalicznemi, przetworami sproszkowanemi, jak np. z makowcem, ałunem, kwasem garbnikowym, niedokwasem zynku, rtęci itd. dodawszy do nich nieco oliwy, gliceryny, wody wawrzyno-śliwowéj lub wyskoku.

Vaselina oddaje wreszcie wielką i ważną usługę terapii chorób skórnych zastępując w maści Hebry, znanéj ze swych znakomitych skutków szczególniéj przy leczeniu wyprysku, oliwę lub oléj lniany, przez co w ten sposób przyrządana maść Hebry nie ma tak nieprzyjemnego zapachu.

Rp. Empl. diachylon. simpl.
Vaselini
utrq. part. aeq. (100,00)
Ol. de Bergamott.
v. Balsami peruv. (1,50).

Unguentum Vaselini plumbicum nie drażni wcale skóry i chorzy znoszą maść tę dobrze nawet w tych przypadkach znacznego wyprysku sączącego, w których maść Hebry zwy-

kłym sposobem przyrządzana (Empl. diachyl. simpl. c. Ol. Lini, lub Litharg. c. Ol. Olivar. w stosunku 1:4) mocne sprawia palenie. *(Wiener med. Wochensch.* 1878 Nr. 17). *Obt.*

A. Fraenkel: **Przyczynek do nauki o otruciu fosforowém ostrém.**

Podczas gdy pytanie co do powinowactwa lub tożsamości ostrego zaniku wątroby a ostrego otrucia fosforowego dotąd jeszcze właściwie jest nierozstrzygniętém, niektórzy badacze są tego zdania, że między obydwoma stanami chorobowemi zachodzi taka różnica, iż w pierwszym napotykamy oczywiście zanik, w drugim zaś stłuszczenie i powiększenie wątroby, w pierwszym mocz zawierać ma w wielkiéj ilości tyrozynę i leucynę, w drugim zaś śladu tych ciał niema. Rozróżnienie to byłoby wielkiéj wagi, zwłaszcza dla lekarzy sądowych (porówn. Przegl. Lek. 1877, Nr. 22.), gdyby ono polegało na prawidle bez wyjątków. Tymczasem F. ogłasza nader ciekawy przypadek z kliniki prof. Leydena w Berlinie, w którym młodzieniec 23-letni, otruwszy się fosforem, przedstawiał tak za życia, jako i po śmierci objawy i zmiany w niczém nie różniące się od ostrego zaniku wątroby, a mianowicie wątroba była zanikłą, a mocz zawierał dużo leucyny i tyrozyny; z czego wynika, że przynajmniéj w pewnych przypadkach pomiędzy obydwoma stanami niema różnicy nietylko anatomicznéj, ale i chemicznéj, co w każdym razie zasługuje na uwagę *(Berlin. Klin. Wochenschrift* 1878, Nr. 19.). *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 14go marca 1878 r.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Jerzykowski opowiada o dwóch przypadkach szczelin *(fissurae)* cewki moczowéj u kobiet, uleczonych za pomocą silnego i gwałtownego rozszerzenia cewki moczowéj za pomocą rozszerzadła Ellingera.

3) Dr. Kaczorowski mówi o oddziaływaniu zimnego powietrza w chorobach tyfusowych i płucnych. Co do pierwszych, to spostrzegł K., że ustawiczne działanie zimnego powietrza wpływa zniżająco na temperaturę. Nadto chorzy tyfusowi, wystawieni na wpływ zimnego powietrza, mają większą przytomność, śpiączka nie bywa tak wielką, język nie pokrywa się tak łatwo złogami i daleko rzadziéj przychodzi do odleżyn.

W chorobach płucnych te same robił K. próby i przekonał się, że chorzy na długoletnie nieżyty i rozedmę mają się lepiéj w zimném powietrzu, mianowicie gdy przytém jest duszność, która w takim razie staje się rzadszą albo ustaje całkowicie. U suchotników z skłonnością do krwotoków, pod wpływem zimnego powietrza krwotoki ponawiały się daleko rzadziéj.

Co do ostrego zapalenia płuc, to i na przebieg tegoż zdaje się błogo oddziaływać zimne powietrze. Na dowód tego przytacza K. przypadek ostrego zapalenia płuc, w którym chory 9go dnia cierpienia leżał w stanie cyanotycznym, tętno miał liche, gorączkę bardzo wysoką, tak, iż każdéj chwili spodziewano się zejścia śmiertelnego. W takim stanie przeniesiony do zimnego pokoju, by innym chorym usunąć widok konania, zaraz na drugi dzień miał się lepiéj, odzyskał przytomność i tętno wzmogło się; trzeciego dnia zapalenie przeskakuje jeszcze z jednego miejsca na drugie. Pewną tedy zdaje się być rzeczą, że w chorobach płucnych nawet zimne powietrze, byleby było czyste, nie wywiera szkodliwego wpływu.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. S. Jerzykowski, sekretarz.

Posiedzenie z dnia 4go kwietnia 1878 roku.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Świderski opowiada o ukleju wewnątrz ust macicznych, który w objętości gruszki sterczał ku pochwie i pod wpływem zastrzykiwań ergotynu w przeciągu ośmiu dni oddzielił się od macicy. Podobnie szybki i pomyślny skutek po zastrzykiwaniu ergotynu widział w drugim przypadku, w którym zrazu sądzono, że chodzi o *subinvolutio uteri post partum.* Po dokładném zbadaniu choréj wykazało się, że środkiem ust macicznych wychodziła wypukłość, jak koniec małego palca, która za dotknięciem haczykiem krwawiła mocno. Po kilku dniach skonstatowano wyraźny uklój w ustach macicznych; pod wpływem zastrzykiwań ergotynu uklój owrzodział w środku samym, zmniejszył się znacznie i w krótkim czasie odszedł samodzielnie.

3) Dr. Jarnatowski przytacza przypadek ostrego zapalenia opłucny, w którym przez cały ciąg choroby przy tętnie około 120 uderzeń na minutę wynoszącym, temperatura wskazywała niżéj 37·0°; raz jedyny tylko doszła do 38·0°. K. sądząc, iż to tak silny zapad, podawał wewnętrznie wino i kamforę, lecz już po kilku dniach chory wyzdrowiał zupełnie.

Zdaniem Dra Kaczorowskiego niepodobna jest, iżby tak znaczna sprawa chorobowa bez gorączki przemijać mogła i owa niska temperatura pochodziła prawdopodobnie stąd, iż po wystąpieniu wysięku chory pocił się mocno, a więc pot wpływał na obniżenie ciepłomierza, albo téż, co prawdopodobniejsza, chory był bardzo chudy i trzeba było temperaturę mierzyć *per anum.*

4) Załatwiono rozmaite sprawy bieżące.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. S. Jerzykowski, sekretarz.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IIgie z dnia 30 stycznia 1878.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 18. Jako gość Dr. Dzikowski z Kałusza.

Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia i powitaniu przez Przewodniczącego nowego członka Dra Hordyńskiego z Karlsbadu i gościa Dra Dzikowskiego z Kałusza, zabiera głos

1) Dr. Hordyński w celu uzasadnienia wniosku, aby zdrojowiska krajowe miały składy swoich wód lekarskich w zdrojowiskach zagranicznych. Wniosek ten uczynił już w r. 1866 w Kom. baln. Tow. nauk. krak., która postanowiła zająć się tą sprawą. Mówcy nieznany jest rezultat narad wzmiankowanéj komisyi. Sam próbował wprowadzić w użycie krajowe wody lekarskie w Karlsbadzie, lecz usiłowania te jako odosobnione nie zostały uwieńczone należytym skutkiem. Mimo doznanego zawodu Dr. H. przekonany jest o ważności swego wniosku, w skutek czego poddaje go pod uwagę obecnéj Kom. baln., poczém wnosi wybór osobnego komitetu do rozpatrzenia téj sprawy. Myśl wnioskodawcy popiera Przewodniczący i Dr. Skórczewski, który wspomina o ubolewaniach Dr. Dobieszewskiego, że w Marienbadzie nie może dostać żadnych wód krajowych. Komisyja wnioski Dr. Hordyńskiego przyjmuje i uchwala wybór Komitetu złożonego z wnioskodawcy, Dra Ściborowskiego i Dra Zieleniewskiego w celu zdania sprawy w téj mierze.

2) Biblijotekarz Dr. Skórczewski zawiadamia o pięknym darze Dra Hordyńskiego dla biblijoteki złożonym z kilkudziesiąt dzieł treści balneologicznéj, odnoszących się przeważnie do zdrojowisk czeskich. Przewodniczący dziękuje ofiarodawcy i wzywa przy téj sposobności do popierania celów biblijoteki.

3) Dr. Ściborowski w imieniu osobnego komitetu wybranego do ocenienia memoryjału Dra Skakalskiego w sprawie Swoszowic, przedstawia sprawozdanie o stanie tego zdrojowiska tudzież wnioski wzmiankowanego komitetu.

Po przemówieniu Dra Warschauera i Przewodniczącego uchwalono przesłać wnioski Komitetu do uwzględnienia Zarządowi zdrojowemu w Swoszowicach. Prof. Dr. Czyrniański

oświadcza, że woda swoszowicka jest najlepszą z krajowych wód siarczanych; zawiera ona wiele żelaza i manganu oraz przedstawia ciekawe to zjawisko, że w niéj nie tworzy się osad biały jak zazwyczaj, lecz czarny (siarczek żelaza). Woda ta jednak zmienia swój skład w różnych porach roku. Z tego powodu należy zastanowić się bliżéj nad tą okolicznością. Na wniosek przewodniczącego postanowiono zaproponować zarządowi, aby postarał się zbadać stosunki geograficzne i hidrologiczne tego zdrojowiska.

4) Dr. Ściborowski odczytał trzecią część swéj rozprawy o Krzeszowicach, mianowicie o działaniu wód siarczanych w ogóle, w szczególności zaś wody krzeszowickiéj. W rozprawie nad tym przedmiotem Dr. Lutostański zapytuje się, czy w wodzie téj nie znajdują się niższe postacie ustrojowe napotykane w wodzie lubieńskiéj.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Listy ze Lwowa.

II.

Wspomnieliśmy w poprzedniéj korespondencyi, że szpital lwowski wiele zawdzięcza dyrekcyi, któréj zasługi tém bardziéj występują na jaw, gdy się porówna stan szpitalu przed laty 10ciu ze stanem obecnym a dodając do tego trudności, z jakiemi miał do walczenia dyrektor od początku swych rządów, jużto występując jako *homo novus* w sferach szpitalnych, jużtéż mając niechęć podwładnych przeciw sobie, których wyprzedził w awansie, to działalność jego zasługuje na tém większe uznanie, a zwiększające się coraz doświadczenie każe nam się spodziewać jeszcze lepszéj przyszłości dla szpitala, która nam się zamanifestuje zapewne w zwiększonéj odporności w obec władzy administracyjnéj i sióstr miłosierdzia, w zwiększonéj powadze w obec Wydziału krajowego i w koleżeńskości w obec lekarzy podwładnych, a wreszcie w dobrze zrozumianéj łagodności i taktownem postępowaniu względem służby najniższéj.

W poprzednich listach ogólnikowo wspomnieliśmy o zasługach pp. prymaryjuszów, gdy była mowa o rozwoju szpitalu i w rzeczy saméj należy im się uznanie. Wnioskując z rezultatów łatwo osądzić, że mianowanie prymaryjuszów musiało być bardzo odpowiedniém, z małemi wprawdzie wyjątkami, ale gdzie tych niema? Wyjątki i braki zaś łatwo ten sobie wytłumaczy, kto zna historyję szpitalu pod rządami władz autonomicznych, które Ojców naszych zwyczajem nie zawsze bywają głuche na podszepty tchnące protekcyją z ust przyjaciela z jednéj, jak z drugiéj strony niemając w swém gronie członka kompetentnego do oceny ludzi ze stanowiska naukowego; to wszystko uwzględniając przyznać musimy, że Wydział Krajowy był jeszcze bardzo szczęśliwy w wyborze urzędników. Po ostatnim wyborze do Wydziału Krajowego atoli, mamy w nowym referencie męża dużo nam obiecującego. Sprężystość i dobre chęci jego dla kraju, z których nam się dał poznać tylokrotnie, pozwalają nam dobrze wróżyć szpitalowi i cieszyć się nadzieją, że usterki jakie dzisiaj w szpitalu napotkać można, niebawem usuniętemi zostaną; wymaga ich bowiem dobro kraju i dobrze zrozumiana oszczędność, do któréj się często Sejm odwołuje.

W swoim czasie uznano potrzebę istnienia trzeciego oddziału wewnętrznego, co za słuszne uważamy, gdyż liczba chorych ogólna jest znaczna; jednak na podział chorych jaki istnieje, zgodzić nam się trudno: dotychczas rozstrzyga płeć chorego, na który z oddziałów ma być przeznaczonym, nie tak, jak to powszechnie w innych szpitalach się praktykuje, że chorzy obojéj płci codziennie na inny oddział się przyjmują, co nam się o tyle praktyczniejszém być zdaje, że nietylko wypada równy podział chorych między oddziały, ale nadto praca dla lekarzy więcéj jest ułatwioną.

Spodziewamy się, że niebawem nastąpi także podział oddziału chirurgicznego. O motywa nie trudno: kto zna oddziały chirurgiczne, kto przejrzy liczbę operacyj w ciągu roku zrobionych, kto widzi, ilu chorych codziennie potrzebuje opatrunku, kto wreszcie przypomni sobie ile pracować muszą lekarze, gdy liczba chorych do stu dochodzi lub ją nawet przewyższa, ten musi przyznać, że potrzeba drugiego oddziału chirurgicznego jest bardzo naglącą, a dla członków Sejmu wystarczyć powinien fakt zapewne znany każdemu z posłów, że dawniéj istniały dwa oddziały chirurgiczne, na czele których było znacznie więcéj lekarzy niż obecnie, chociaż liczba chorych była znacznie mniejszą, niż dzisiaj. Zapewne, kto przypomni sobie starania zmarłego chirurga zmierzające do monopolu, ten usprawiedliwi nowy porządek, który dla rzekoméj oszczędności podobać się musiał członkom Wydziału i posłom, a przecież jedni i drudzy dobro chorych a względnie ludzkości winni mieć na oku pomijając względy prywatne. Otworzenie drugiego oddziału chirurgicznego będzie wreszcie czynem ludzkości dla teraźniejszych lekarzy, którzy przeciążeni pracą nie mogą nad siły pracować. Wydział Krajowy oszczędzi fundusze kraju, chociaż pozornie budżet wydatków powiększy. Mówiąc o oddziale chirurgicznym trudno nie wspomnieć o oddziale położniczym, który się zaraz myśli nasuwać musi, jest bowiem że tak powiem wśród oddziału chirurgicznego pomieszczony. Dół tak zwanéj filii Hoffmana, (która z wielką słusznością zasługuje na miano rudery) i drugie piętro zajmuje oddział chirurgiczny, podczas gdy całe piérwsze piętro oddane jest oddziałowi położniczemu. Istotnie dziwić nam się wypada, jak mogły te dwa oddziały, które w żadnym szpitalu nie są razem pomieszczone, zetknąć się tak blisko we Lwowie; dziwić się tém więcéj należy, ile że wpływ podobnego sąsiedztwa jest bezwzględnie szkodliwym, gdy bowiem w zakładzie położnic ukazuje się gorączka połogowa, to na oddziale chirurgicznym występują choroby przyranne i na odwrót, gdzie tylko bliższe zetknięcie miało miejsce a na oddziałach chirurgicznych róża, ropnica, posocznica itd. się pojawiła, występowała w zakładach położniczych gorączka połogowa. Zkądże pochodzi zakaz na niektórych uniwersytetach równoczesnego uczęszczania uczniów na kliniki położnicze i chirurgiczne? a gdzież pytam się łatwiejsze przeniesienie zarazy, jeżeli nie w takiém sąsiedztwie, w jakiém się te oddziały we Lwowie znachodzą?

Żywimy nadzieję, że władze kompetentne wglądną w tę smutną stronę stosunków szpitalnych i rozdzielą za blizkie sąsiedztwo i to wcześniéj, niżby to nastąpić miało przy przenosinach do projektowanych nowo budować się mających gmachów, gdyż to sprawa bardzo nagląca.

Przechodząc z kolei do projektowanych budynków dla oddziału położniczego, przybudowania dla oddziału chirurgicznego i budynku dla administracyi, to zaznaczyć muszę, że dziwnie zaiste rzecz idzie w odwłokę. Rok rocznie podają się projekta i plany i rok rocznie przechodzi ta sprawa bez śladu w Sejmie i dotąd nie jest załatwioną. Jak wielu dobroczynnych zmian, spodziewamy się po dzisiejszym referencie także, że postara się o to, aby ta sprawa raz w Sejmie załatwioną została, czém pozostawi następcom namacalny upominek w szeregu zasług koło dobra kraju położonych; pomieszczenie bowiem oddziałów chirurgicznego i położniczego

w starym, nędznym budynku, pozbawionym wszelkich nawet pierwiastkowych warunków higijenicznych, gdzie lekarze, wychodki, kuchnia, chorzy, kaplica i zakonnice, wszystko bezładnie się obok siebie grupuje, domaga się koniecznéj reformy.

Niemniéj domagają się zmiany wychodki w szpitalu powszechnym, przypominające nam wymownie swego twórcę, byłego protomedyka; wychodki te bowiem po odnowieniu szpitala, a właściwie po odsłonięciu wspaniałego frontu, bardzo źle świadczą o tych, którzy na ich budowę przyzwolili. Nie będąc architektem nie będę się unosił nad pięknością budynku, w którym się tak zwany główny szpital mieści, ale odwołuję się do zdania znawców, którzy klasztor popijarski a obecny szpital do najwspanialszych budowli naszego miasta zaliczają.

Omawiając kwestyje szpitalne trudno nie wspomnieć o Siostrach miłosierdzia, które zawsze mają bardzo gorliwych obrońców i zaciętych przeciwników; wprawdzie walka niegdyś bardzo zacięta, któréj ślady w dziennikach politycznych pozostały, dzisiaj ucichła, zapewniano mnie jednak że stosunek téj instytucyi do Wydziału krajowego, a szczególniéj służby szpitalnéj wiele pozostawia do życzenia. Siostry miłosierdzia niosąc chorym pomoc i ulgę nie powinnyby u nas zapomnieć, że są wielce pożądaną instytucyją dopóty, dopóki ich działanie nie zbacza z pewnego kierunku i nie przekracza pewnych granic.

W szpitalu lwowskim jest anomaliją, że służba niższa jest przyjmowaną a têm samém najwięcéj zależną od Sióstr miłosierdzia, z którego to stosunku rodzą się nieporozumienia z lekarzami. Służba ta mając różnych panów, często jest jak oszołomiona, nie wiedząc kogo słuchać, têm więcéj, że nie grzeszy zbytnią inteligencyją. Wymagania Sióstr miłosierdzia pod względem ukształcenia posługaczy i posługaczek są tak małe, że dziwić się należy, że istnieje w szpitalu porządek, zależny od takiéj najniższéj służby. Czas by był, aby postarano się o lepszych posługaczy, żeby nie łamali rąk chorym, a przecież temu łatwo możnaby zaradzić tworząc szkołę posługaczy i zapewniając wzorowo pełniącym służbę jakieś namacalne korzyści. Dobry lokaj może dosłużyć się nagrody a często na stare lata łaskawego chleba u zamożniejszego pana, a służący szpitalny musi obawiać się, że jego praca nie będzie sowicie wynagrodzoną, bo właściwie nad jego dobrem nikt nie czuwa.

Z kolei wypadałoby przypatrzyć się administracyi szpitalnéj, o téj jednak nic powiedzieć nie umiem, chyba że jak przed kilkoma jeszcze laty często jéj gospodarkę roztrząsano, obecnie dość cicho w téj sprawie, co zdaje mi się być dowodem, że musi być lepszą.

Przed gmachem szpitalnym powstaje drugi gmach: szpital dzieci, który dotąd mieścił się na tak zwanym „Nowym świecie,“ najniezdrowszéj części miasta. Że powstaje, to cieszyć powinno każdego mieszkańca, têm więcéj że brak jego dotkliwie czuć się dawał; czy jednakowoż właściwém jest budowanie szpitali w znacznéj blizkości, czy w danym razie centralizacyja będzie korzystną, chociaż niewątpliwie dla administracyi wygodną, o têm zdaje mi się nie trudno zawyrokować.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 16 maja. Na posiedzeniu miejskiéj komisyi sanitarnéj w d. 9 b. m. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera odbytém, Dr. Rybczyński zdawał sprawę z szerzenia się duru powrotnego w m. kwietniu. W miesiącu tym przybyło do szpitala osób 102 na dur chorych, a umarło 12. — Prof. Janikowski imieniem podkomisyi ad hoc wyznaczonéj przedłożył wnioski zmierzające do należytego przeprowadzenia szczepienia ospy. Po dłuższéj dyskusyi uchwalono przedstawienie podkomisyi ogłosić drukiem celem rozesłania pomiędzy radzców miejskich oraz przyjęto liczne inne wnioski w tym przedmiocie.

* Według nadsyłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich (Teplitz-Schönau) do 11 b. m. było 419 gości kąpielowych. W Cieplicach udziela rady lekarskiéj trzech kolegów rodaków, a mianowicie Drowie Karmin, Krajewski i Rutkowski.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 17 (od 28 kwietnia do 4 maja) umarło w Krakowie osób 43; 30 mężczyzn i 13 kobiet; 27 osób w obwodach i 21 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 39,9; a w Warszawie 33,0; w Wiedniu 32,9; w Budapeszcie 49,5; w Pradze 42,5; w Tryjeście 25,2; w Bazylei 29,4; w Brukseli 23,4; w Paryżu 25,2; w Londynie 22,5; w Kopenhadze 23,6; w Chrystyjanii 16,5; w Petersburgu 60,9; w Odessie 41,3; w Wenecyi 32,4; w Bukareszcie 44,5; w Berlinie 27,9; w Frankfurcie 42,0; w Królewcu 39,8; w Monachijum 31,9; w Würzburgu 40,4; w Dreźnie 22,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 8 osób, mianowicie: z odry 1 osoba, z dławca 1, z krztuśca 1, z duru powrotnego 3, z kiły 2.

* **Belgija**. Prof. Schwann w Leodyjum obchodzić będzie niezadługo 40-letnią rocznicę zawodu nauczycielskiego oraz wyjścia wiekopomnéj pracy o analogii budowy u roślin i zwierząt. Uniwersytet i akademija umiejętności gotują wielką uroczystość na miesiąc czerwiec i zapraszają reprezentantów akademij i wszechnic obcych.

* **Paryż**. Liczba słuchaczów medycyny w szkołach lek. paryskich wynosiła w przeszłém półroczu 4796, pomiędzy którymi 438 zagranicznych i 21 słuchaczek.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prezes rady lekarskiéj i radzca tajny Pelikan w Petersburgu otrzymał order św. Aleksandra Newskiego. — Prof. anatomii Meyer w Zurychu otrzymał order pruskiéj korony 3ciéj kl. — Prof. Manassein w Petersburgu obejmuje drugą klinikę lekarską oraz katedrę ogólnéj patologii i dyjagnostyki po prof. Besserze w akademii lekarsko-chirurgicznéj.

* **Nekrologia**. Dr. Fryderyk Sander, dawniéj w Barmen, a niedawno mianowany dyrektorem szpitala powszechnego w Hamburgu, znany z prac higijenicznych, umarł d. 4 bm. z ktwotoku płucnego w 44 roku życia.

Zmarli w pełnieniu służby wojskowo-lekarskiéj: Karol Bohdanowicz, Ferdynand Bukowski i Michał Zelcer na Kaukazie; Bleichmann i Janczyc w Bułgaryi, Jan Czerwińsk w Dziurdżewie. *(Gaz. Lek.)*

Redakcyja otrzymała:

Dr. Wład. ŚCIBOROWSKIEGO: Krzeszowice jako zakład lekarsko-zdrojowy wód siarczanych. Kraków 1878, in 8vo str. 151.

Tegoż: Wspomnienie o śp. Drze Józefie Dietlu, Kraków 1878, in 8vo str. 26 (osobne odbicie z Roczn. Tow. Dobroczynności).

Dr. E. H. KISCH: Marienbad in der Cursaison 1877, nebst einigen casuistischen Mittheilungen, Prag 1878, in 8vo str. 10.

Piśmiennictwo lekarskie. NUHN A. Lehrbuch der vergleichenden Anatomie. 2 Thl Animale Organe und Apparate d. Thierkörpers. Mit 335 Holzschn. gr 8. Heidelberg. C. Winter. M. 16.

BOCKENDAHL J. Generalbericht üb. das öffentliche Gesundheitswesen der Prov. Schleswig-Holstein f. d. J. 1876. gr. 4. Kiel. Haeseler. M. 3.

BRUNNER O. kurze Anleitung zur Beurtheilung der wichtigsten Lebensmittel, f. die Gesundheitskommissionen d. Kts. Zürich zusammengestellt. M. 2 Tab. gr. 8. Zürich. Herzog. M. 0·60.

CHARCOT J M klinische Vorträge üb. Krankheiten d. Nervensystems. Nach der Red v. Bourneville ins Deutsche übertragen v. Berth. Fetzer Autoris. Uebersetzg. 2. Abth. 4 Thl gr. 8. Stuttgart. Bonz et Co M 4.

CHASSAGNY, du cathétérisme oesophagien. Modification des cathéters d'après des considerations anatomiques et physiologiques. 8. Paris. Masson Fr. 1½.

DELEFOSSE. Pratique de la chirurgie des voies urinaires. Avec 133 figures dans le texte In 12 Paris. Baillière et fils. Fr 6

ECOLE pratique des hautes études. Physiologie expérimentale. Travaux du laboratoire de M. Marcy. III. Année 1877. Avec 159 figures. 8. Paris Masson Fr. 15.

FERRIER D. les fonctions du cerveau. Trad. de l'anglais. Av. figures dans le texte 8. Paris. G. Ballière et Co. Fr. 10.

FESTSCHRIFT, dem Andenken an Albrecht v. Haller dargebracht v. den Aerzten der Schweiz am 12 Dezbr. 1877. gr. 4, Bern. Dalp. M. 2 40.

FODOR J. v. das gesunde Haus u. die gesunde Wohnung. Drei Vorträge. Aus dem Ung. übers. Mit 14 in den Text eingedr. Holzst. gr. 8, Braunschweig. Vieweg et Sohn. M. 1, 80

GRASSET J., maladies du système nerveux. Leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier. In 8 avec fig. (Montpellier.) Paris. A. Delahaye et Cie Fr. 10.

HANDBUCH der speciellen Pathologie u. Therapie, bearb. v. Geigel, Hirt, Merkel etc. 7 Bd. 2 Hälfte. 2 Aufl Lex. 8. Leipzig. F. C. W Vogel. M. 25

Inhalt: VII, 2. Handbuch der Krankheiten d. chylopoëtischen Apparates 1. 2. Hälfte. Von W. Leube, A. Heller, O. Leichtenstern. Mit 81 (eingedr.) Holzschn. M. 14. — IX, 2 Handbuch der Krankheiten d. Harnapparates. 2 Hälfte. v. W. Ebstein, H. Lebert, H. Curschmann. Mit 11 (eingedr.) Holschn. M. 11.

HAYEM G. Recherches sur l'anatomie pathologique des atrophies musculaires. In 4. Paris. Masson. Fr. 10.

KATZ. Die ursachen der Erblindung, ein Droh- und Trostwort, allgemein verständlich dargestellt. gr 8 Berlin. Czihatzky.

NOTHNAGEL H. u. M. J. ROSSBACH. Handbuch der Arzneimittelehre. 3 gänzlich umgearb. Aufl. gr. 8. Berlin. A. Hirschwald. M. 17.

PEINLICH Dr. RICH. Geschichte der Pest in Steiermark. 1 Bd. 8. Graz, Vereinsbuchdruckerei. M. 5.

PICARD, Dr. HENRI. Traité des maladies de l'Urèthre. In 8, avec fig. Paris J. B. Baillière et fils. Fr. 8.

PUSCHMANN, Dr. THDR. Alexander v. Tralles. Orig.-Text u. Uebersetzg. nebst einer einleit. Abhandlg. Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin, 1 Bd. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 20.

RABÈRE, C. Étude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde 8 Paris. Delahaye. Fr. $3^1/_2$.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 22go b. m. o godz. 5 popol. posiedzenie, na którém: 1) załatwione zostaną ważne sprawy bieżące, 2) Prof. Dr. Czerny odczyta rozprawę o wpływie lasów na stosunki hidrologiczne w ogóle, a w szczególności na obfitość zdrojów.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w Konstantynopolu: Spodziewamy się, że szan. kolega list nasz otrzymałeś; wysłaliśmy temi dniami wszystkie numery tegoroczne Przeglądu Lek. i odtąd dalsze numery regularnie co tydzień wyprawiać będziemy.

Do numeru dzisiejszego dołącza się Przewodnik informacyjny o Rabce.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 25 Maja 1878. № 21. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Prof. Meynerta we Wiedniu.

Przypadek nowotworu w okolicy mostu Varola. Powikłanie zboczeń nerwowych ze szczególnego rodzaju objawami psychicznemi.

Opisał Dr. Alf. J. Laskiewicz-Friedensfeld,

Sekundaryjusz w oddziale dla chorób nerwowych i umysłowych, oraz demonstrator w zakładzie histologiczn-fizyjolog. prof. Brückego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20.)

Napady padaczkowate, zauważane z początku choroby, w różny sposób możnaby wytłumaczyć. Najprzód można sądzić, że napady te powstały w skutek wysokiego stopnia rozdrażnienia lub pobudzenia rdzenia przedłużonego lub ośrodka naczynioruchowego, którego siedzibą, według prac i doświadczeń poczynionych w pracowni Ludwiga, ma być część śródmóżdża rozszerzająca się od odnóg mózgowych aż do granicy między górną a dolną połową rdzenia przedłużonego. Wiadomo jak często różnego rodzaju bodźce, drażniące nerwy obwodowe, blizny, w których powstały jakiekolwiekbądź zmiany pobudzające nerwy czuciowe, nowotwory uciskające nerwy czuciowe itp. przyczyny prowadzą do napadów padaczkowych. Przy różnych zmianach i uszkodzeniach istoty mózgowéj, przeważnie w nowotworach, nawet w pobliżu kory siedzibę mających, zdarza się padaczka dość często, i w tych przypadkach można zjawisko to wytłumaczyć rozszerzeniem się pobudzenia lub zadrażnienia istoty nerwowéj od zmienionéj części aż do ośrodka skurczowego (rdzeń przedłużony i most Varola). Wiadomo, że w okolicy szczególnie prędko rosnących nowotworów ma miejsce przekrwienie poboczne *(collaterale Hyperämie)*; przekrwienie zaś rdzenia przedłużonego jest według Schrödera van der Kolk przyczyną napadu padaczkowego. Meynert zdania tego jednak wcale nie dzieli i sądzi wraz z wielu innymi badaczami, że napady padaczkowe zależne są od powstałéj nagle niedokrewności mózgu, która może np. nastąpić w skutek kurczu mięśni gładkich tętnic mózgowych, wywolanego przez podrażnienie ośrodka naczynioruchowego; ogólna niedokrewność mózgu sprowadza bezprzytomność, jako też i podrażnienie ośrodka kurczowego w rdzeniu przedłużonym mianowicie wtenczas, gdy nagle powstaje; Kussmaul i Tenner podwiązawszy u zwierząt tętnice szyjne i kręgowe wywołali w skutek szybkiéj niedokrewności napady padaczkowe. Niedokrewność krótkotrwająca mózgu albo tylko rdzenia przedłużonego może być wywołaną nagłym uciskiem, któremu uledz mogą naczynia téj części mózgu, co również może powstać w skutek szybkiego rozrostu i napęcznienia nowotworu; wreszcie zwężenie światła tętnic albo całkowite zatkanie ich gałązek, które może być wywołane np. pewnego rodzaju zwyrodnieniem ścianek tętnic, udowodnionem za pomocą drobnowidu przez Heubnera *(Degeneration der Gehirnarterien-Wandungen bei Syphilis mit Bildung von Riesenzellen)*, mogło również stać się przyczyną nagłéj i chwilowéj niedokrwistości owego ośrodka odruchowego i wywołać napad padaczkowaty. Podrażnienie lub ucisk, którym podlegała owa część mózgu i rdzenia przedłużonego, będąca siedzibą ośrodków naczynioruchowego kurczowego, hamującego ruchy serca, tłumaczy nam i inne zmiany spostrzegane chwilowo u naszéj choréj: przyspieszenie tętna przy prawidłowéj cieplocie ciała, zwolnienie tętna, podniesiona ciepłota i zaczerwienienie skóry ograniczonéj części ciała (prawego policzka). W związku z temi zmianami ośrodka naczynioruchowego możemy wytłumaczyć również i niektóre objawy psychiczne. Zamęt choréj długotrwały, przemijająca niemożebność oryjentacyi, utrata pamięci chwilowa, zdumienie *(stupor)* lub apatyja, w któréj chora, leżąc nieruchoma w łóżku przez długi czas przebywała, tęskne i bolesne, dręczące i przykre usposobienie, które wraz z przyznaniem swéj nicości i samooskarżeniem *(Kleinheitswahn und Selbstanklage)*, według Meynerta i innych psychijatrów, należą do rzędu objawów cechujących melancholiję czyli zadumę, wszystkie te zmiany

umysłowe są zależne od zmniejszonéj czynności komórek wojowych kory płatów czołowych mózgu, jako siedziby inteligencyi i podniet ruchowych dowolnych *(bewusste Bewegungsimpulse)*; zmniejszona owa czynność kory czołowéj części mózgu polega na chwilowo niedostatecznem odżywieniu w skutek zwężenia naczyń krwionośnych (przeważnie tętnic); zwężenie zaś to wywołane być może bierną czynnością ośrodka naczynio-ruchowego (w skutek drażmenia tegoż ostatniego.)

Kora mózgowa, szczególnie kora płatów czołowych, ma być przyrządem hamującym inne czynności mózgowe jak np. uczucia i ruchy zwrotne *(Reflexempfindungen und Reflexbewegungen)*, które przy pomocy woli i uwagi, przy myśleniu i zastanowieniu się nad jakimkolwiekbądź przedmiotem wcale nie mają miejsca. Jeżeli zaś w ogóle czynność tych części mózgu zmniejsza się, wtenczas przestaje owo działanie hamujące, i ztąd wynikają uczucia i ruchy, które nazywamy histerycznemi np. zmiana prędka usposobienia; chora płacze i śmieje się, ziewa często, doznaje różnych przykrych uczuć i boleści, pochodzących z różnych części ciała i różnych narzędzi, uczuć, które choć wywołane innerwacyją pewnéj części mózgu nerwami, pochodzącemi z różnych części ciała, przy prawidłowéj czynności kory mózgowéj wcale nie bywają przez nas spostrzegane. Zmniejszona czynność kory płatów czołowych mózgu, nieprawidłowe odżywienie, bezkrwistość i znużenie mózgu ułatwia lub nawet staje się według Meynerta po prostu przyczyną pojawiania się omamów; widzieliśmy właśnie wtenczas u naszéj choréj powstawanie ich w dziedzinie słuchu, wzroku, dotyku i smaku, gdy chora mniéj lub całkiem nie była przytomną i straciła oryjentacyję zdolności rozumowania, gdy przytém wzrok w wysokim stopniu był upośledzony, a inne zmysły jakoto smak, słuch i powonienie były przytępione. Jakim sposobem i dla jakich przyczyn powstają omamy, trudno dotychczas rozstrzygnąć; przedmiotem ich są obrazy wspomnienia ośrodków zmysłowych *(Erinnerungsbilder der Sinnescentra)*, których podrażnienie może wywołać owe objawy. Przy zmniejszonéj czynności komórek korowych wspomnionéj części mózgu spostrzegamy właśnie bardzo często powiększoną czynność tych właśnie ośrodków, co dowodzi, że pewne części mózgu znajdują się w stosunku wspólnego przeciwieństwa *(Antagonismus)*, gdyż czynność jednych części mózgu wstrzymuje lub innym razem zastępuje działalność drugich *(hemmende und vicarirende Wirkung)*. W skutek znużenia lub w ogóle w skutek zmniejszonéj czynności ośrodka naczynioruchowego (np. przez silny ucisk, niedokrewność lub inne przyczyny) następuje porażenie mięśni gładkich ścianek tętnic korowych, rozszerzenie ich światła, zwiększony przypływ krwi, ułatwione i przyspieszone utlenienie komórek zwojowych, czego wynikiem jest powiększona ich działalność, przechodząca za obręb prawidłowy; w skutek tego nastąpiły u naszéj choréj objawy szaleństwa przemijającego i lekkiego stopnia jako to: niepokój, wrzask niczém nieuzasadniony; chora zrywała się z łóżka, uderzała w około siebie; objawy te można jednak wytłumaczyć innym także sposobem, a mianowicie skutkiem okropnéj trwogi *(Panphobie)*, któréj chora jak wyżéj wspomnieliśmy, często bardzo doznawała; bojaźń jednak najczęściéj bywa następstwem chwilowo nieregularnego krążenia krwi, np. niedokrewności lub przekrwienia żylnego i niedostatecznego utlenienia istoty mózgowéj, jak to np. w chorobach sercowych i płucnych, a nawet i innych ciężkich chorobach widzimy. Bojaźń może po części wytłumaczyć obłęd prześladowczy, spostrzegany u naszéj pacyjentki i towarzyszący czasem symptomatycznie wielu innym chorobom mózgowym.

Podrażnienie ośrodków wyż wspomnionych, mających siedzibę w moście Varola i rdzeniu przedłużonym może w ten sposób całkiem dostatecznie wytłumaczyć większą część przypadków umysłowych, spostrzeganych u naszéj choréj; majaczenie w ogóle trudno daje się wytłumaczyć; a trudniéj jeszcze będzie dla nas udowodnić, dla czego u naszéj choréj spotkaliśmy ów szczególny rodzaj bredzenia. Czy to przekrwienie ogólne czy częściowe, zapewnie tylko ośrodków zmysłowych, w skutek czego zdarzały się rozmaite i co chwila się zmieniające omamy, czy to było przekrwienie żylne, zastoinowe, i przez to nastąpiło podrażnienie pewnych, nieznanych dotąd ośrodków mózgowych w skutek niedostatecznego lub przeciwnie przyspieszonego utlenienia komórek zwojowych, tego jedno to spostrzeżenie wyjaśnić nie może. W każdym razie objawy te, również jak i większa część chorób umysłowych polegają tylko na bardzo drobnych, po części nawet i za pomocą drobnowidu dotąd niewyśledzonych jeszcze zmianach w ustroju istoty mózgowéj albo tylko na zboczeniach w odżywieniu, nie zaś na zmianach jawnych lub dostępnych oku nieuzbrojonemu. Właśnie takie przypadki, w których przy widocznych zmianach anatomicznych mózgu spostrzegano psychiczne objawy, dotąd jeszcze nie całkiem lub częściowo wyjaśnione, jako to: omamy, majaczenie, przypady histeryczne i inne zboczenia w sferze umysłowéj, takie przypadki posłużyć mogą z czasem do wyjaśnienia tych ostatnich zjawisk.

II. Przyczynek do działania karaczanów *(Blatta orientalis)*.

Podal Dr. **Koehler** z Kościana.

Rozprawka Bogomolowa o antihydropinie *(St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 31, 1876*, Referat w *Allgem med. Central. Ztg. 84, 1876)* dała mi pochop do czynienia doświadczeń z karaczanami, owadami należącemi do rzędu świerszczy prostoskrzydłych *(orthoptera)*, do familii biegających *(cursoria)*. Ciemnobrunatny, prawie czarny ten owad zwany także szczypawką, prusakiem albo też czarną szwabą *(Schaabe)*, znajduje się u nas głównie u piekarzy, w kuchniach wilgotnych a odznacza się swym szybkim biegiem. Bogomołów zadając te owady, środek ludowy u Rosyjan, już to w proszku lub odwarze, doszedł do następujących rezultatów: 1) ilość moczu się powiększa, 2) białkomocz zmniejsza się, 3) nabrzękłość i puchlina ustępują, 4) ciężkość ciała zmniejsza się, 5) często poty się zwiększają, 6) system trawienia ani też nerki nie ulegają zadrażnieniu, 7) przetwór sam musi być czystym. Doświadczenia swe opiera na 9ciu przypadkach puchliny w chorobach serca, wątroby i nerek, oraz w chorobie Brighta powikłanéj z zapaleniem i wysiękiem opłucnéj. Prawie we wszystkich tych przypadkach puchlina ustępowała już po 10ciu dniach, po zadawaniu dawki jednorazowéj 0,3 grm. na dzień.

W pół roku po Bogumołowie Unterberger *(St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 34, 1877*, Referat w *Allg. med. Central. Ztg. Nr. 73, 1877)*, opisuje 4 przypadki puchliny powstałéj po płonicy, jeden po odrze przy wydzielaniu białka przez mocz, leczone karaczanami w dawkach 0,18,—0,3 grm., trzy razy dziennie. Puchlina i białkomocz we wszystkich przypadkach szybko znikły śród większego wydzielania mo-

czu. Nie podaje Unterberger jednak, czy i poty spostrzegał. Zauważył zaś, że rozwolnienie wystąpiło, co przypisuje pomnożonemu przesączaniu, godząc się też na to, że karaczany kiszek ani nerek nie drażnią.

Sam używałem karaczanów w 13 przypadkach przy objawach puchliny, wywołanéj różnolitemi choroby, które bliżéj w skróceniu podam, zanim wyniki mych badań określę.

1. K. z Sierakowa, gospodyni wiejska, lat 62. Miażdżyca, dusznica piersiowa. Nabrzęk nóg powyżéj kolan. Mocz nie wykazuje białka. Po zażywaniu karaczanów trzy razy dziennie po 0,06 grm. obrzękłość w przeciągu 9 dni znikła, powracając znowu i ustępując po zadaniu powyższego środka. Chora przeszło po pięciu miesiącach choroby umarła. Po każdorazowém zażyciu najpóźniéj w kwadrans pot występował lekki na całém ciele, moczu odchodziło więcéj.

2. P. żona włódarza ze Strzępina lat 27. *Nephritis*. Po połogu opuchła, w trzy miesiące później pierwszy raz ją widziałem, nogi całe bardzo obrzękłe, również pokrywy brzuszne, ręce opuchłe, w brzuchu wielka ilość płynu. Mocz zagotowany przedstawia jedną bryłę zwarzonego białka. Pod mikroskopem okazują się ciałka krwi czerwone, zniszczony nabłonek, szersze i węższe wałki, rozpadki. Karaczany *c. ferr. lactic.* 3 razy dziennie po 0,06 grm., poty znaczne bez podniesienia ciepłoty ciała, moczu oddaje bez porównania więcéj, puchlina opada szybko. Po dwóch miesiącach jest prawie zdrową, białko w moczu znikło. W 7 miesięcy chora mieszkająca o 3 mile odemnie pierwszy raz przybyła do mnie zupełnie zdrowa, mocz bez białka.

3. B. fornal lat 32 z Granówka. Zapalenie opłucnej pr. z wysiękiem. Puchlina. *Blatt.* po 0,06 grm. 3 razy dziennie. Puchlina i wysięk szybko znikły, chory po 3 tygodniach wyzdrowiał. Poty na całém ciele występowały prawie bezpośrednio po zażyciu, ilość moczu pomnożona.

4. S. gospodyni wiejska z Kiełczewa 58 lat. *Anaemia perniciosa*. Obrzmienie nóg. *Blatt. c. Ferr.* Chora po 6ciu tygodniach umarła. Nie zawsze po zażyciu pot się okazywał, również i moczu ilość nie była większą.

5. J. dziewczę z Czempina lat 14. Niedomykalność zastawki dwukończystéj po ostrym gośccu. Nogi tylko na przegubach i około kostek obrzmiałe, puchlina brzuszna wysokiego stopnia już od kilku miesięcy. Przy stósowaniu karaczanów w dawkach powyższych w połączeniu z naparstnicą w pierwszym tygodniu puchlina opadła, w drugim tygodniu nie dała się spostrzegać żadna zmiana, w trzecim tygodniu znowu obwód brzucha się zmniejszył, poczém w tym stanie pozostał do śmierci choréj, która nastąpiła w 2 miesiące po pierwszém zadaniu karaczanów. Chora pociła się znacznie, po potach bywała swobodniejszą, oddech stawał się wolniejszy. Moczu odchodziła ilość większa.

6. A. Urzędnik z Kościana, 54 lat. Zapalenie osierdzia z wysiękiem. Przy stósowaniu karaczanów z naparstnicą chory się pocił znacznie; jak w innych przypadkach, tak i tu bez podniesienia ciepłoty ciała i bez przyspieszenia tętna, mocz wydzielał się obficie, wysięk się zmniejszał. Po 2ch miesiącach wyzdrowienie.

7. F. akademik wrocławski z Jerki lat 25. Zapalenie nerek. Puchlina brzuszna, obrzęk całych nóg znaczny. Przed chorobą, którą poznano przed pół rokiem, mężczyzna silny, tłusty, teraz szczupły, wychudły. Po zagotowaniu moczu cały płyn prawie się zwarza. Pod drobnowidem wielka ilość szklistych i nabłonkowych wałeczków. Zadano *Blatt. c. Ferr.*, poty występowały, również wydzielanie moczu obfite, do śmierci jednak, która we dwa tygodnie nastąpiła, ilość białka się nie zmniejszyła.

8. S. gospodarz 81 lat z Kiełczewa. Miażdżyca, starość. Obrzęk nóg i moszen w wysokim stopniu. Po 2 tygodniowém użyciu karaczanów wśród potów i zwiększonego wydzielania moczu obrzęk znikł; słabość wieku po $2\frac{1}{2}$ miesiąca śmierć sprowadziła.

9. D. ogrodowy ze Szczodrowa. Zapalenie nerek, nogi opuchłe, brak zupełny sił. Ilość białka w szkiełku próbierczém $\frac{1}{5}$. W 3 dni po zażywaniu *Blatt. c. Ferr.* w dawkach powyższych białka $\frac{1}{2}$, ta ilość się utrzymała do śmierci, która nastąpiła w $1\frac{1}{2}$ miesiąca. Obrzmienie nóg się zmniejszyło. Poty były, ilość moczu powiększona.

10. St. krawiec z Kościana lat 30. Zapalenie nerek. Białka $\frac{1}{4}$. Obrzmienia nie ma. Po użyciu 20 pigułek po 0,06 grm. *Blatt.* białko znikło, poczém jeszcze raz środek powtórzono, przy ciągłém przez 8 miesięcy co 2 tygodnie powtarzaném badaniu już nigdy białkomocz się nie okazał. Poty i powiększona ilość moczu podczas zażywania.

11. Br. komornik ze Strzępina. Zapalenie nerek. Puchlina brzuszna i obrzękłość nóg. Białka $\frac{3}{4}$. Przy zażywaniu karaczanów pocił się, moczu oddawał więcéj niż zwykle. Białka przy tygodniowém badaniu coraz mniéj, po 11 tygodniach białko i puchlina zupełnie znikły.

12. M. wyrobnik z Czempina 25 lat. Zapalenie nerek. Od 8 miesięcy opuchły. Puchlina 2 razy ustąpiła sama, teraz od $2\frac{1}{2}$ tygodnia znów no[illegible]i obrzmiałe, brzuch wzniesiony. Mężczyzna silnie zbudowany, brak tętna i kaszel suchy. Białka $\frac{1}{2}$. Wielka ilość szklistych i przybłonkowych wałeczków, ciałek krwi białych i czerwonych. Po 9ciu dniach białka $\frac{1}{4}$. Po 10ciu dniach dalszych białka $\frac{1}{2}$, puchlina i obrzęk mniejszy. Mimo zażywania karaczanów przez 3 miesiące ilość białka się nie zmniejszyła, chory umarł. Poty były obfite, wydzielanie moczu pomnożone. Przez cały czas miał po 3—4 razy na dobę stolce bardzo wolne, boleści w brzuchu i okolicy nerek nie było.

13. S. gospodarz 28 lat z Kiełczewa. Zapalenie nerek. Dotąd ($^{17}/_{12}$ 1877) zawsze zdrów czuje się obecnie bardzo słabym, uda w dzień nabrzmiewają, przy kostkach nigdy obrzęku nie było. Białka $\frac{1}{2}$ *Blatt. c. Ferr.* ($^{23}/_{12}$ 1877) Prawe tylko udo nieco nabrzmiałe, poty były mocne, moczu ilość zdwojona. Mocniejszy i zdrowszy. Tylko szum po zagotowaniu moczu. Ani kwas azotowy ani pikrynowy nie wywołuje żadnéj w moczu zmiany. *Blatt. c. Ferr.* daléj $^{31}/_{12}$ 1877, silniejszy, obrzęk znikł. Poty i pomnożenie moczu. Białka $\frac{1}{3}$. *Blatt c. Ferr.* $^{10}/_{1}$ 78. Chory czuje się zdrów, białka $\frac{1}{8}$. *Reit.* $^{22}/_{1}$ 78. Białka nie ma. *Reit.* $^{2}/_{2}$ 78. Białka nie, odtąd nie zażywa. $^{18}/_{2}$ 78, $^{19}/_{3}$ i $^{11}/_{4}$ 78, białka w moczu nie ma.

Dodać mi wypada, że w żadnym z wymienionych przypadków nie spostrzegałem jakiegokolwiek zaburzenia w kiszkach lub ze strony nerek. Dawałem z początku 3 razy dziennie po 0,06 grm., w ostatnich pięciu przypadkach przepisywałem trzy razy dziennie po 0,1 grm. w proszkach z cukrem lub też w pigułkach. Dawka ta jest mniejszą, aniżeli ją stósowali Bogomołów i Unterberger; widząc jednak, że poty we wszystkich przypadkach występowały, że te dawki mocz pędziły, nie uważałem za potrzebne dawkę powiększać, choć jak przypadkiem Unterberger doświadczył, dawka jednorazowa 1,38 grm. dziecku nie szkodziła. Nie robiąc spostrzeżeń w szpitalu nie mogłem też podawać dokładnych

pomiarów ilości oddawanego przez dobę moczu, musiałem w tej mierze polegać na sądzie dokładnie wypytywanych chorych. Nie podobném mi też było zestawić liczby zmienionego ciężaru ciała, natomiast u wszystkich chorych spostrzegałem poty, które najpóźniej w kwadrans po zażyciu się okazywały i najdłużéj $2\frac{1}{2}$ godziny trwały. Często mierzona temperatura wśród potów nie okazywała się nigdy wyższą, aniżeli przed zażyciem proszku, względnie przed wystąpieniem potów. Jakkolwiek Bogomołów twierdzi, że rosyjskie tylko karaczany mają być dobremi, używałem tylko swojskich, i przekonałem się, że kosmopolityczne te owady i u nas mają te same własności. Na blasze gorącéj kazałem wysuszać lekko eterem lub chloroformem zakropione żywe karaczany *), ususzone zaś na miał zetrzeć i zachować w słoiku szklanym, dobrze zamkniętym. Proszek ten ciemno-brunatny nie ma prawie żadnego zapachu ani też smaku. Jakkolwiek Bogumołów w swéj rozprawce wspomina o antihydropinie, którą w kryształach z karaczanów wydobył, dotąd przetworu tego dostać nie można a i u wspomnionego autora nigdzie nie ma wzmianki, w jaki sposób go się przysposabia, to też używać go nie mogłem.

Zestawiając jeszcze raz przypadki, w których karaczany zadawałem, dochodzę do następującego wyniku. Miażdżyca 2 razy, śmierć. Zapalenie nerek z białkomoczem 7 razy, z których w 4 razach rezultat bardzo dobry. Zapalenie opłucny z wysiękiem raz, z dobrym skutkiem. *Anämia perniciosa* raz, śmierć. Niedomykalność zastawki dwukończystéj raz, śmierć. Zapalenie osierdzia z wysiękiem raz, z dobrym skutkiem.

We wszystkich tych przypadkach stwierdzić było można, że poty bez gorączki i wydzielanie moczu były obfite; że stolce bywały wolne, nigdy jednak nie było rozwolnienia; że obwód części obrzmiałych i żywota się zmniejszał; że obrzęk i puchlina ustępowały; że chorzy sami ulgę uczuwali a żadnych zaburzeń w organach brzusznych nie było; że białko w tych razach, gdzie przedtém było stwierdzoném, co do ilości się zmniejszało a nawet zupełnie nikło. U chorych z miażdżycą, u choréj na *Anämia pern.*, u dziewczęcia z niedomykalnością zastawki karaczany okazały się tylko środkiem uśmierzającym; inna już rzecz u chorych na zapalenie osierdzia i opłucnéj z wysiękiem, tu skutek na wchłanianie płynu jako niewątpliwy oznaczyć możemy. W zap. osierdzia równocześnie chory zażywał naparstnicę, która choć nie mocnopędny, to jednakże wydzielanie moczu normujący ma skutek, a ztąd wsysanie się wydzielin osierdzia i jéj przypisać wypada, chory zaś na zapalenie opłucnéj prócz środków wykrztuśnych tylko karaczany używał, one więc szybkie wchłonienie wysięku sprawiły. Ważniejszém użyciem tego środka staje się w chorobach nerek z wydzielaniem białka; z 7 przypadków zwyż podanych, trzy śmiercią się zakończyły, ale też dodać wypada, że w tych trzech przypadkach ustrój chorych już był zupełnie podkopany, że choroba już długi czas była trwała. Pozostałe przypadki 2, 10, 11, 13, doliczając do tego odpowiednie sześć Bogomołowa i pięć Unterbergera dają wielką podnietę do dalszego doświadczenia; w nich skutek karaczanów był niezaprzecznie doskonałym, ponieważ zaś w 10 i 13 prawie żadnego obrzęku nie było, a ztąd nie przeciw temuż, lecz wprost przeciw białkomoczowi ten środek działał, to też nie wypada tylko w puchlinach, ale już przy okazaniu się białka w moczu go zadawać.

Brak środków moczopędnych i napotnych, (jaboranda i pilokarpin mają swe niedogodności) bez podwyższania ciepłoty ciała, brak środka przeciw chorobie Brighta, usprawiedliwia najzupełniéj dalsze z tym lekiem doświadczenia. Dodać mi jeszcze wypada, że szukając w moczu białka, zawsze poddawałem mocz trzem próbom: przez gotowanie, dolanie kwassu azotowego i wkraplanie do nasyconego roztworu kwasu pikrynowego.

*) Chwytać można je na miednicę do połowy napełnioną rozcieńczoném piwem, w które nadrobić trzeba chleba. Do miednicy stojącéj na ziemi przystawia się małą deszczułkę wystającą po nad brzeg jéj, po niéj wchodzą karaczany i zatapiają się. Również chętnie wchodzą w fałdy położonego na ziemi zwilżonego grubego płótna.

III. Własne spostrzeżenia o błonicy *(diphtheritis)*.

Podał Dr. Rehan w Wołodarce.

Epidemija ta w sposób tak złośliwy zawitała na Ukrainę podobno po raz pierwszy w miesiącu październiku 1876 r. a trwa do dziś dnia, zabierając wiele ofiar, przeważnie dzieci; nawet mrozy dochodzące do 30° R. nie były w stanie złagodzić jéj złośliwego przebiegu. Mieszkańcy miast i wiosek, a nawet domostw odosobnionych w stepach i lasach stojących, nie są wolni od błonicy. Nie będę się wdawał w szczegóły ani przebieg téj choroby po za granicą mego lekarskiego terytoryjum, przytaczam tu tylko moje własne spostrzeżenia oparte na uważaniu znacznéj liczby chorych.

Miasteczko Wołodarka leży na lewym brzegu rzeki Rosi, która nawet podczas lata po ulewnych deszczach rozlewa się na dość znaczną przestrzeń, w jesieni i na wiosnę na jakie parę tygodni w skutek rozlewu przerywa komunikacyję z drugą stroną, a nieraz zabiera wszelki dobytek gospodarzy, unosi chałupy, stogi, młyny, groble, bydło. Po ustąpieniu wody w lecie pozostają błota po obu brzegach rzeki, które są właściwą przyczyną najrozmaitszych chorób epidemicznych, panujących w naszéj okolicy. Co rok w jesieni i na wiosnę bywa podostatkiem chorych na durzycę, zimnicę *(febr. intermitt.)* biegunkę krwawą *(dysenteria)*, odrę, ospę, płonicę, oraz na choroby płuc. W październiku 1876 r. mieszkańcy izraelici miasteczka nawiedzeni zostali nową plagą, chorobą nie znaną u nielekarzy, mianowicie „błonicą“

Najpierwéj nawiedziła owa choroba samo miasteczko, gdzie przeważnie umierały dzieci od 2ch do 8 lat liczące; w pierwszych dniach tak był złośliwy i gwałtowny przebieg choroby, iż prawie każde dziecko dotknięte nią umierało; były przypadki tak ostrego przebiegu choroby, że dziecko dnia drugiego już umierało, były też przypadki przewlekłe i te również kończyły się śmiercią. Są rodziny, w których wszystkie dzieci wymarły; w pierwszych miesiącach nie widziałem wcale błonicy u dorosłych. Z Wołodarki epidemija przeniosła się do wsi Rohoźnéj i tu pomór był straszny i to u dzieci od 2 do 15 lat, umierało sześcioro w chałupie, po 6 do 8 dziennie pogrzebów odbywano, nieraz widziałem dwoje na katafalku, trzecie dogorywające a czwarte bardzo zagrożone; tu padło ofiarą przez 6 tygodni 185 osób; z téj wsi przeszła choroba do wiosek przeważnie położonych nad bagnistemi brzegami rzeki i do dziś dnia zupełnie jeszcze nie ustała. Tu widocznem było, że ów *„genius epidemicus* błonicowy“ powstawał w okolicach błotnistych, wiele wsi zupeł-

nie nie były dotknięte ową klęską, jednak zdarzały się przypadki gdzie naraz w pewnéj wiosce umierało w jednéj chacie po pięcioro dzieci, w drugich zaś ani śladu choroby nie nie było; podobny przypadek miałem nie dawno we wsi Kazimirówce. Pod koniec epidemii zapadali już dorośli od lat 30—45, ci po większéj części wracali do zdrowia. Ogólny wynik śmiertelności co do wieku był następujący: od 2 lat do 10 90% śmierci, od 10—16 lat 50%, od 16—30 lat 25%, a od 30 do 45 l. 2%. Charakter i przebieg choroby był w ogóle bardzo złośliwy. Dziecko na pozór wesołe na raz uskarża się na ból w gardle, widać czerwoność sinawą i obrzęk migdałków, po 12 godz. ciepłota ciała dochodzi do 40° C. a tętno do 130—140 uderzeń, języczek obrzmiały do wielkości orzecha tureckiego, podniebienie miękkie nacieklé, migdałki obrzękłe i pokryte szarą masą w formie prążków lub punktów, ów szary naciek zlewa się w jedną masę i zaczyna się rozpad substancyi z bardzo charakterystycznem cuchnieniem, które nie raz wystarczało do rozpoznania choroby, potém chrypka *(laryngitis dif.)*, kaszel, bezsenność, trwoga, niepokój, dziecko rozpaczone chwytając za szyjkę rzuca się z jednego końca łóżka na drugi, sinica, śpiączka i śmierć. Oto obraz przebiegu błonicy. Co się zaś tyczy leczenia błonicy, zdaje się, że nie było środka, któregoby nie próbowano mając tyle chorych przed sobą. Zacząwszy od *Arg. nitricum in subst. et solut., acid. carbol., acid. salicyl., kali oxymuriatic., kali hypermang., aq. chlori, ferr. sesquichlor., acid. sulphur. dil., acid. muriatic. dil., ferr. candens.* do lodu, wody, a na koniec noża, wszystkiego używano. Operacyi zawdzięczam najwięcéj pomyślnych rezultatów, lubo z wielką trudnością przychodzi wykonywać tę operacyję u małych pacyjentów z powodu strachu na widok lekarza z nożem w ręku. Wykonywałem tę operacyję zwykle w chwili, gdy języczek obrzękły do najwyższego stopnia groził uduszeniem i gdy migdałki zaczynały się rozpadać wydzielając płyn posokowaty, lecz gdy jeszcze siły chorego nie opuściły i proces choroby nie przeniósł się na krtań, gdy gorączka nie była jeszcze zbyt wielką, wtedy bisturem obwiniętym do połowy lepkim plastrem robiłem śmiałe nacięcie na języczku a jeszcze większe na migdałkach; nieraz następował silny krwotok, wtedy dawałem lód do ust, po operacyi puszczano na migalki silny prąd wody lodowéj, chorzy krztusząc się wyrzucali kawałki zgorzelinowe migdałków; potém dodawałem do wody *acid. carbolicum* i znów silnym prądem oczyszczałem migdałki, przytém starałem się podtrzymywać siły winem lub porterem. Z ostatniego sposobu leczenia byłem najwięcéj zadowolony, miałem bowiem najczęściéj pomyślne zakończenie; skutecznie to działało u starszych pacyjentów wyżéj 10 lat. U wieśniaków najczęściéj robiłem operacyję, gdyż ci nie robili żadnéj trudności nie okazując niechęci do noża, osoby zaś należące do klasy cywilizowanéj zawsze stawiały mi niczém nie przezwyciężony opór i niezgadzały się na operacyję, albo zezwalali w chwili konania chorego. Z wewnętrznych zaś środków dawałem wszystko, co tylko może siły chorego podtrzymać: bulijon, porter, wino, chinin i środki zachwalane przeciw saméj błonicy: *kali oxymuriat., acid. salicyl.* itd., jednak to wszystko było bezskutecznem.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Neumann w Wiedniu: **O leczeniu łuszczu zwyczajnego** *(Psoriasis vulgaris)*, **liszaja wyłysiającego** *(Herpes tonsurans)* **i łupieżu pstrego** *(Pityriasis versicolor)* **zapomocą kwasu chryzofanowego i proszku Goa**. Sprawozdanie Dra F. Obtułowicza.

Już od lat 15 zachwalono proszek Goa, zwany także Araroba, Chrysarobin lub *Poh di Bahia*, jako środek nadzwyczaj skuteczny przeciw chorobom skórnym zawdzięczającym swój początek różnego rodzaju pasorzytom. Ponieważ jednak nie znano bliżéj chemicznego składu powyższego środka, przeto użycie jego powszechniejsze napotykało na znaczne trudności, a dopiero doświadczenia Fayrera z Kalkuty, Dra da Silva Lima z Bahii, Attfielda i Dra Balmanno Squire przyczynił się do wyświecenia przyrody proszku Goa. Prof. Vogl w Wiedniu wykazał, iż proszek ten, barwy brudno-żółtéj, pochodzi ze sproszkowania pnia i gałęzi drzewa rosnącego w krajach podzwrotnikowych, szczególniéj w obwodach Valença, a drzewo to według podziału botanicznego należy do t. zw. „Strączkowatych“ (*Leguminosae — Caesalpinia* albo *Centralobium*). Proszek sam jest mocno drażniący, dlatego robotnicy zajęci proszkowaniem powyżéj opisanéj rośliny macierzystéj, muszą osłaniać twarz, oczy, usta i nos, aby uniknąć nieprzyjemnych skutków. Środek ten dostał się najpierw z Brazylii do Goa, kolonii portugalskiéj położonéj na wybrzeżu zachodniém Indyj i znany jest również na półwyspie Malajskim, w Kochinchinie, w Chinach i Japonii, gdzie go szczególniéj zachwalają przeciw liszajowi wyłysiającemu. Najskuteczniejszym składnikiem proszku Goa jest kwas chryzofanowy, który w nim w znacznéj ilości, bo 80 — 85% jest zawartym, a wydziela się zeń przez wytrawienie gorącym benzolem. Kwas chryzofanowy rozpuszcza się nadto w rozczynie wodnym ługu potasowego, i zabarwia przytém rozczyn na ciemno-czerwono Z tłuszczami stopionemi i z Vaseliną łączy się bardzo dobrze tworząc masę odpowiednią do użycia zewnętrznego. Najlepiéj zmięszać tłuszcz z kwasem chryzofanowym w stósunku 1:4 ($10_{,00}$ kw. chryzof.: $40_{,00}$ tłuszczu), stopić nad łaźnią z oliwy, wymięszać, a po oziębieniu rozetrzeć w moździerzu i dodać nieco olejku wonnego. — Jeżeli się zaś chce użyć proszku Goa, to dodaje się do 1,50 *Pulv. Goa* dziesięć kropli kwasu octowego i $40_{,00}$ tłuszczu i wciera się maść tak utworzoną 2 razy dziennie w miejsce chorobą skórną dotknięte.

Lima podaje skład następujący: *Pulv. Goa* $1_{,00}$ *Glycerini* $5_{,00}$ *Ungt. cetacei* $35_{,00}$. Przed natarciem skóry maścią oczyszcza się ją zapomocą zmywania rozczynem dwuwęglanu sodowego.

Maść z kw. chryzofanowego drażni mocno skórę, tak że w kilka dni po jéj użyciu występuje większe lub mniejsze zaczerwienienie skóry, a nawet jéj zbrzęknienie (*Erythema - Dermatitis*); po kilku dniach jednak zapalenie to ustępuje, a łuszczenie utrzymuje się potém przez dni 8 — 10. Maść chryzofanowa nie posiada żadnéj woni, nie wywołuje przy nacieraniu żadnego bolu, zabarwia powierzchnię skóry purpurowo, zabarwienie to jednak znika wkrótce, a w danym razie można je bardzo szybko usunąć przez zmywanie benzolem.

Co do sposobu użycia, to autor zaleca miejsca pojedyncze łuszczem dotknięte oczyścić z łusek zapomocą skrobaczki Hebry, jeżeli zaś łuszcz rozpostarł się na większej przestrzeni, to zmywa się chorego mydłem szarém lub t. zw. *Spirit. sapon. Hebrae* w kąpieli ciepłéj; podobnież zmywanie ciała benzolem, rozczynem dwuwęglanu sodowego ułatwia działanie kwasu chryzofanowego. Po takiém przygotowaniu wciera się maść chryzofanową zapomocą pędzla ze skubanki zrobionego, albo téż w razie znaczniejszych nacieków smaruje się maść tę na płatkach płóciennych i przymocowuje do skóry zapomocą odpowiedniéj opaski. W przypadkach liszaja wyłysiającego, łuszczu pstrego, jakotéż ostud (*Chloasma uterinum),* można zaraz bez wszelkiego leczenia wstępnego maścią chryzofanową natrzéć miejsca przez cierpienie skórne zajęte.

Autor zachwala nadzwyczajnie nowy ten środek twierdząc, że w przypadkach łuszczu świeżego (*Psoriasis punctata guttata, nummularis)* wystarczy 3 — 4 nacierań do zupełnego wyleczenia, tak samo trzykrotne użycie maści chryzofanowéj usuwa łuszcz pstry i pojedyncze koła liszaja wyłysiającego, a 6 — 8 natarć usuwa nawet rozległe zmiany liszaja wyłysiającego.

Autor zakończa swą rozprawę następującemi uwagami:

1) Kwas chryzofanowy otrzymany z proszku Goa jest środkiem leczniczym znakomitym przeciw cierpieniom skórnym: liszajowi wyłysiającemu i łuszczowi tak pstremu jak i zwyczajnemu.

2) Pierwsze objawy łuszczu zwyczajnego ustępują już po kilku natarciach, znikają szybciéj i w sposób prostszy, niż po użyciu jakiegokolwiek dotąd znanego środka leczniczego. [Powierzchnia nacieku pokrywa się strupem suchym, ciemno zabarwionym, który powoli sam odpada].

3) Również i formy zastarzałe cierpienia powyższego ustępują skutkiem użycia kwasu chryzofanowego i tylko wyjątkowo opierają się czas dłuższy jego skuteczności.

4) Kwas chryzofanowy nie wywołuje żadnego bólu przy nacieraniu, zmiany chorobowe sprawione przezeń na skórze zdrowéj (zaczerwienie, obrzęk) zawdzięczają prawdopodobnie swe powstanie żywicom domięszanym do kwasu chryzofanowego.

5) Łuszcz zwyczajny nie należy już dzięki maści chryzofanowéj do chorób skórnych dokuczających w wysokim stopniu chorym a powroty cierpienia łatwo również ustępują przy ponowném użyciu téj maści; wszyscy chorzy chwalą sobie ten środek przenosząc go nad inne poprzednio używane.

Na przeszkodzie jednak użyciu tego środka tak przez autora zachwalanego stoi nadzwyczajna jego drożyzna. Maść zrobiona w Wiedniu według przepisu N.

(Rp. Ungt. simpl 40,₀₀ Liquefact. admisce exactissime Acidi Chrysophan. 10,₀₀ add. Ol. Bergamott. guttas decem)

kosztuje 4 fl.; na klinikę prof. Dra Rosnera taka sama ilość maści w znakomitym jednak gatunku dostarczona przez jednego z tutejszych pp. aptekarzy kosztowała 17 fl. Co do wyników leczniczych, jakie otrzymaliśmy z pierwszego użycia powyższéj maści, to w ogóle powiedzieć można, iż były one wcale pomyślne i zachęcające do dalszych doświadczeń. Atoli w jednym przypadku nader rozległego liszaja wyłysiającego, bo zajmującego niemal całą skórę nacierania dziegciem z wyskokiem w tym samym czasie sprowadziły rezultat lepszy (na nogach), niż części powłoki ogólnéj (ręce) leczone zapomocą maści chryzofanowéj. — Bezwonność maści i szybkie działanie zapewnią w każdym razie kwasowi chryzofanowemu pierwszeństwo w praktyce prywatnéj przed środkami innemi, szczególniéj zaś dziegciem, zwłaszcza, że kwas chryzofanowy w dobrym gatunku nie wywołuje tak prędko zapalenia skóry. Z pomiędzy 3 przypadków leczonych na naszéj klinice nacieraniami maścią chryzofanową tylko w jednym po 5krotném natarciu rąk dotkniętych znacznemi naciekami łuszczowemi powstało niezbyt znaczne zaczerwienienie, które już po 24 godzinach zniknęło. Dalsze badania z nowym tym środkiem wyświecą zapewnie wkrótce jego zalety i wady a chociaż poskromią nieco sangwiniczne jak dotąd nadzieje, to jednak, jak się zdaje, zapewnią temu środkowi prawo obywatelstwa w dziedzinie dermatologii.

V. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IIgie z dnia 30 stycznia 1878.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 18. Jako gość Dr. Dzikowski z Kałusza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20.)

6) Następnie Dr. Dzikowski odczytuje rzecz o uzdrowisku w Morszynie w pow. stryjskim położoném. W górach naszych dotychczas nie posiadamy żadnego zakładu dla leczeń powietrznych i dyjetetycznych. Wzgląd ten oraz ważność tego rodzaju leczeń chorób przewlekłych w spółczesném lecznictwie skłoniły p. B. Stillera przedsiębiorcę i zamożnego właściciela Morszyna do założenia górskiego uzdrowiska *(sanatorium)* i zakładu dla chorych piersiowych w téj miejscowości na wzór tego rodzaju zakładów, istniejących w Görbersdorf, Davos i Aussee. Jako przyszły lekarz tego zakładu prelegent zawiadamia komisyję o tym zamiarze z prośbą o poparcie dobrych chęci, tudzież o udzielenie rad i wskazówek niezbędnych do skutecznego przeprowadzenia zamierzonego przedsięwzięcia. Następnie Dr. D. opisuje topografiję Morszyna przedstawia plany sytuacyjne téj miejscowości, oraz plany istniejących budynków. W uzdrowisku tém Dr. D. ma zamiar urządzić: *a)* leczenie powietrzne i dyjetetyczne dla chorych piersiowych, przeważnie według metody Dra Brehmera; *b)* leczenie żętyczne, mleczne i kumysowe; *c)* wziewanie; *d)* leczenie pneumatyczne; *e)* leczenie zimną wodą; *f)* kąpiele wszelkiego rodzaju.

Przewodniczący z przyjemnością wita myśl założenia zakładu leczniczego na wzór istniejących w Aussee, Görbersdorf i Davos, albowiem takiego zakładu w kraju naszym nie posiadamy. Można mu rokować powodzenie, jeżeli właściciel p. Stiller urządzi go według wymogów umiejętności i potrzeb chorych, a przy niewątpliwych dobrych chęciach i poparciu kom. baln. rzecz cała powinna wziąść pomyślny obrót. Przew. zapytuje: czy który z obecnych członków nie zna w mowie będącéj miejscowości. Prof. Alth zna tę miejscowość, są to wzgórza lesiste, graniczące z Lisowicami. Dr. Sciborowski zwraca uwagę, iż najważniejszą rzeczą w takim zakładzie są kąpiele natryskowe o różnéj ciepłocie, obecnie w leczeniu chorób piersiowych wielkiego znaczenia. Przewodniczący żąda nadto, aby strumień wody spadał z należytą siłą. Dr. Warschauer na podstawie wiadomości udzielonych przez Dra Dzikowskiego mniema, że Morszyn zaleca się do urządzenia w nim zakładu leczniczego, ma bowiem wyniosłe położenie około 400 metr. n. poziom morza, lasy drzew szpilkowych, oraz wodę o ciepłocie 6° C. Chciałby jednak wiedzieć, czy owa miejscowość zakryta jest od wiatrów północnych i zachodnich, jak są urządzone domy pod względem higijenicznym, zwłaszcza téż wychodki, a zwracając również uwagę na ważność leczniczą natrysków dodaje, że pierwszy Spengler a nie Breh-

mer zastósował natryski z wody o różnéj ciepłocie w leczeniu chorób piersiowych. Dr. Kwaśnicki uznaje potrzebę zakładu leczniczego dla chorych piersiowych w kraju naszym, ale z téj potrzeby nie wynika, aby taki zakład miał stanąć w Morszynie. Lubo Dr. Dzikowski przedstawił wiele szczegółów, to jednak nie podał wyników spostrzeżeń meteorologicznych, bez których trudno wnosić o klimacie zalecanéj miejscowości. Mówca obawia się, aby późniéj *ex nocentibus* nie okazało się, że Morszyn jest nieodpowiednim na uzdrowisko dla chorych piersiowych. W leczeniu tego rodzaju chorób klimat bywa najważniejszym czynnikiem leczniczym. Klimatologija i geografija lekarska poucza nas, jak ważny a różny wywierają wpływ rozmaite klimaty na życie i zdrowie ludzkie a têm bardziéj na przebieg chorób przewlekłych. Trzeba najprzód dokładnie poznać klimat miejscowości, zanim można do niéj posyłać chorych dla leczenia. Zdarzyć się przeto może, że lekarze z tego powodu nie będą popierać uzdrowiska w Morszynie. Przewodniczący namienia, że kol. Dzikowski uczynił tylko tymczasową wzmiankę i zawiadomił komisyję o myśli urządzenia zakładu leczniczego w Morszynie. Uznając w zupełności ważność spostrzeżeń meteorologicznych wykazuje nadto konieczność dokładnego opisu topograficzno- i statystyczno-lekarskiego Morszyna. Dr. Dzikowski co do zdrowości Morszyna namienia, że miejscowość ta zabezpieczoną jest od wiatrów, nie bywało w niéj dotychczas żadnych chorób endemicznych i epidemicznych. Zarazem wnosi, aby kom. baln. wysłała swego delegata dla zbadania miejscowości i zdania sprawy komisyi o istotnym stanie rzeczy. Wniosek ten poparty przez przewodniczącego komisyja uchwala i mianuje swym delegatem Dra Lutostańskiego, któremu polecono po dłuższéj rozprawie, w któréj zabierali głos Dr Dzikowski, prof. Dr. Alth i Przewodniczący, aby w najkrótszym czasie udał się na miejsce do Morszyna. Przy téj sposobności Przewodniczący wykazuje potrzebę badania zdrojowisk i uzdrowisk w rozmaitych porach roku w celu uzyskania umiejętnych podstaw do przedłużenia pory zdrojowéj w naszych zdrojowiskach, która bywa zbyt krótką, przez co zdrojowe zakłady nie mogą się z braku środków należycie rozwinąć, lubo chorych można posyłać do naszych zdrojowisk na wiosnę i jesień, pomijając już leczenia zimowe. Sekretarz za obowiązek delegata uważa zbadanie zdrojowiska pod względem topograficzno-lekarskim i higijenicznym, tudzież co do istniejących urządzeń balneotechnicznych i wygodę gości mających na celu. Dr. Warschauer w odpowiedzi Drowi Kwaśnickiemu namienia, że dokładne zbadanie stosunków klimatycznych pewnéj miejscowości wymaga kilku a nawet kilkunastu lat; przez długi czas istnieją lub istniały zakłady lecznicze, pomimo że nie znaliśmy klimatu tych miejscowości. Istnienie stacyj meteorologicznych w zdrojowiskach i uzdrowiskach jest niezbędném dla celów umiejętnych, lecz z tego nie wynika, aby nieznajomość klimatu pewnéj miejscowości stanowiła o têm, czy zaleca się ona na uzdrowisko lub przeciwnie. Klimat uzdrowiska nie jest rzeczą istotną, lecz leczenie dyjetetyczne. Uzdrowisko powinno posiadać warunki dobrze urządzonego *maison de santé*. Wiedzieć tylko należy, czy miejscowość w ogóle jest zdrową, czy posiada czyste świeże powietrze, czy zaopatrzoną jest w dobrą wodę do picia i czy nie posiada niedostatków higijenicznych w ogóle. Dr. Kwaśnicki staje w obronie ważności leczeń klimatycznych w ścisłém znaczeniu, wykazuje różnice w działaniu na ustrój ludzki, tudzież na przebieg rozmaitych chorób klimatów różnych krajów i powołuje się przytém na zdobycze klimatoterapii. Dr. Lutostański przypomina, że zapatrywania klimatoterapeutów na istotę leczeń klimatycznych w nowszych czasach znacznym uległy zmianom. Bez wątpienia różnice w działaniu na ustrój ludzki klimatów rozmaitych szerokości geograficznych bywają bardzo znaczne, natomiast różnice w działaniu klimatu naszych szerokości, zwłaszcza też klimatu różnych miejscowości naszego pasu podgórskiego wcale nie istnieją lub są bardzo drobne, co zależy od topograficznych właściwości lub zdrowotnych typów klimatu. W dzisiejszym stanie umiejętności należy odstąpić od pojęcia „stacyj klimatycznych" podanego przez angielskich i francuskich klimatoterapeutów. Obecnie każda miejscowość posiadająca czyste świeże powietrze jest przydatną dla dyjetetycznych i powietrznych leczeń chorób piersiowych. Dr. L. skreśla następnie zadania spółczesnéj terapii chorób piersiowych, które streszcza w wyrazach: należyte przewietrzanie płuc, pielęgnowanie skóry i poprawienie odżywiania. Tylko w małéj liczbie przypadków istota leczeń klimatycznych suchot płucnych i chorób piersiowych w ogóle polega na zmianie klimatu, w przeważnéj zaś części tylko na przekształceniu sposobu życia chorego. Owe zadania spełniają w ogóle uzdrowiska nie tylko górskie i podgórskie ale w ogóle wiejskie, co objaśnia nam, dla czego z każdym rokiem powstaje mnóstwo tych uzdrowisk, zwanych przez niemców *Sommerfrische*. Takim uzdrowiskiem może być w naszym klimacie każda dolina górska posiadająca czyste świeże powietrze, wolna od pyłów, zabezpieczona od wiatrów, należycie jednak przewietrzana i otoczona lasami, jeżeli posiada w ogóle dobre warunki higijeniczne, odpowiednie urządzenia balneotechniczne oraz dla wygody chorych służące. Stosunki meteorologiczne pod względem leczniczym mają podrzędne znaczenie. Dr. Warschauer zgadzając się w zupełności z powyższym wywodem przypomina, że opisy klimatograficzne zdrojowisk i uzdrowisk nie są jeszcze ostatecznie opracowane a akty co do działania rozmaitych klimatów nie są jeszcze zamknięte. Jedni utrzymują, że powietrze rozrzedzone bywa szkodliwe dla chorych piersiowych, gdy inni znów jak Spengler twierdzą przeciwnie. Görbersdorf nie jest stacyją klimatyczną w ścisłém znaczeniu tego wyrazu, lecz miejscowością dla leczeń powietrznych i dyjetetycznych w najobszerniejszém pojęciu. Prof. Dr. Korczyński zwraca uwagę na ważność dyskusyi. W leczeniu chorych w uzdrowiskach należy w ogóle uwzględniać nie tylko wymogi umiejętności ale i cele praktyczne. Jestto rzeczą pewną i udowodnioną, że niektóre postacie przewlekłych zwłaszcza serowatych zapaleń płuc daleko gorzéj przebiegają w południowych ciepłych klimatach aniżeli w naszych szerokościach. Ztąd wysyłanie tego rodzaju chorych piersiowych na południe częstokroć bywa wprost szkodliwém, bo utwory owych zapaleń szybko przechodzą w rozmiękczenie i rozpad podobnie jak u chorych trzymanych w pokojach zamkniętych. Tymczasem tacy chorzy w świeżém, górskiém, stężającém powietrzu znakomicie w naszych górach się poprawiają. Co do meteorologii i klimatologii krajowéj to badania tego rodzaju są konieczne, bez nich nie wiadomo z jakiemi czynnikami klimatycznemi mamy do czynienia. Lecz obecnie klimatologija lekarska nie jest skończoną całością i zaledwie najgłówniejsze podaje rysy, z których klimatoterapija może korzystać i to tak dalece, że na szląskim zjeździe balneologicznym publicznie nie wahano się oświadczyć, że spostrzeżenia termometryczne dla nauki ścisłéj są niezbędne, dla praktyki zaś lekarskiéj nie mają żadnego znaczenia. W naszych stosunkach należy przyjąć zasadę przyrodniczego w ogóle leczenia chorób piersiowych, wykonywanego w Görbersdorf i Davos a to têm bardziéj, że znane poglądy Brehmera znajdują poparcie w anatomii patologicznéj, jak to widzimy z najnowszego dzieła Benekego (anatom. podstawy chorób ogólnych). Te i przez poprzednich mowców wypowiedziane zdania powinny skłonić kom. baln. do zachęcenia lekarzy do leczenia suchot w kraju naszym.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

VI. Listy z Kalifornii

Dra M. Pietrzyckiego.

I.

Rio Vista, 15 kwietnia 1877.

O stosunkach lekarskich w Stanach Zjednoczonych, a osobliwie w Kaliforn ii.

Przedewszystkiém należy mi oświadczyć, że tak w sprawach oświaty, jakoteż we wszystkich urządzeniach wewnętrznych każdy z 39 Stanów działa zupełnie niezależnie od innych, bez żadnego wdawania się jeneralnego rządu. Ztąd pochodzi, że o równości pomiędzy szkołami lekarskiemi, jako też i w innych stósunkach lekarskich mowy być nie może. Mamy w Stanach Zjednoczonych około 50 szkół lekarskich, uznanych przez *„National Medical Association"*, które to towarzystwo znów jest uznane jako ciało reprezentujące stan lekarski w Stanach Zjed., a oprócz tego jest kilka szkół tak

zwanych eklektycznych, homojopatycznych itp. nazwanych. Niektóre z medycznych szkół stoją wysoko w poważaniu publiczności i stanu lekarskiego, ponieważ wymagają od kandydatów przed wstąpieniem do szkoły jako uczeń zwyczajny albo stopnia akademickiego albo poddania się ścisłemu egzaminowi z różnych przedmiotów, i ponieważ studyja rozkładają w sposób europejski oraz żądają co rok ścisłych egzaminów. Inne szkoły rozkładają nauki na 2 lata i ułatwiają bardzo otrzymanie dyplomów. Liczba tych ostatnich szkół jednak przyznać należy zmniejsza się z każdym rokiem.

W ostatnich latach *„American National Medical Association“*, Stanowe towarzystwa i stan lekarski w ogóle pokazują żywy interes w kwestyi wykształcenia medycznego, domagając się, aby szkoły lekarskie nie miały nadal prawa dawania dyplomów, lecz aby prawo to było powierzone osobnéj komisyi lekarskiéj, nie zależnéj od szkół w każdym ze Stanów, a to według systemu angielskiego, według którego tylko *„Royal College of Physicians“* i *„Royal College of Surgeons“* są uprawnione do udzielania dyplomów upoważniających do praktyki. Spodziewać się należy, że nie za długo system ten i u nas przeprowadzonym będzie.

Tylko kilka szkół lekarskich czerpie część swych dochodów ze skarbu Stanu, w którym się znajdują, a profesorowie mają stałą płacę, reszta w całości a nawet i pierwsze w wielkiéj części są zakładami prywatnemi, utrzymującemi się z dochodu fundacyj, darów a głównie z czesnego, albowiem każdy uczeń płaci od 100 do 180 dolarów rocznie.

Wiele Stanów nie wzbrania praktykowania osobom niekwalifikowanym, inne żądają kwalifikacyi, lecz prawie wszystkie przepisy odnośne są bardzo niedostatecznemi; na wzór niechaj posłuży ustawa Kalifornii, którą w zarysie krótkim podaję.

Towarzystwo lekarskie Stanu, którego członkowie muszą być w posiadaniu dyplomów, wybiera corocznie ze swego grona 7 członków jako komisyję egzaminacyjną, która to komisyja ma prawo dawania certyfikatów upoważniających do praktyki lekarskiéj itd. każdemu, kto się wykaże z legalnego posiadania dyplomu doktora medycyny. Te certyfikaty wciągają się w urzędzie hrabstwa *(county)*, gdzie lekarz praktykuje a rejestra są otwarte dla publiczności. Każdy praktykujący za wynagrodzeniem pieniężném bez certyfikatu komisyi egzaminacyjnéj ma być karany grzywną.

Otóż niestety w czasie ułożenia ustawy były w Stanie 3 towarzystwa lekarskie, a wiedzieli o tém nasi prawodawcy, mianowicie jedno rzeczywiście „lekarskie“, drugie homojopatyczne, trzecie tak zwane eklektyczne, a na mocy téj ustawy każde jest upoważnioném do wyboru komisyi i mamy tedy 3 komisyje, które udzielają certyfikaty; w skutek czego wielu szarlatanów różnego rodzaju otrzymało legalne upoważnienie do praktykowania.

Z tém wszystkiém, jakkolwiek niedostateczną jest ta ustawa, ma ona przynajmniéj tę zaletę, że publiczność może się z rejestru dowiedzieć, jakie stanowisko ten lub ów praktykujący zajmuje.

Nierozpaczamy i spodziewamy się z czasem polepszenia ustawy, lecz jest to rzecz bardzo trudna z powodu, że szarlatani czynią wszelkie usiłowania i rozdają wiele pieniędzy pomiędzy naszych ustawodawców, aby niedopuścić jakiegokolwiek prawa zabraniającego im dalszéj praktyki.

Ludność Kalifornii jest nadzwyczaj różnorodną; połowa jest Amerykanów, druga połowa składa się z wszech narodowości, pomiędzy któremi górują liczbą Niemcy, Anglicy, Francuzi i Chińczycy. Naturalnie, że posiadamy i lekarzy wszystkich prawie narodowości.

Komisyja egzaminacyjna szkoły prawdziwéj udzieliła przeszło 900 certyfikatów *(Licenses)* posiadającym dyplomy. Z tych 50 wykazało się dyplomami z Niemiec, z Austryi i Szwajcaryi, 50 i kilku z Wielkiéj Brytanii i Kanady, 15 z Francyi a 12 z innych europejskich krajów. Chińczycy mają swoich lekarzy a nadzwyczaj rzadko się zdarza, by Chińczyk udał się o poradę do lekarza cudzéj narodowości. Z Polaków oprócz piszącego jest tylko jeden Dr L. Pawlicki z Uniw. Kijowskiego, praktykujący w San Francisco; przynosi on zaszczyt tak rodakom jakotéż stanowi lekarskiemu, obecnie jest prezesem towarzystwa polskiego w San Francisco. Towarzystw lekarskich jest w Stanach Zjednoczonych wielka ilość. Każde hrabstwo prawie posiada jedno, a ludniejsze jak np. San Francisco kilka towarzystw. Każdy Stan ma tak zwane *State Medical Society*, składające się z delegatów lokalnych towarzystw i stałych członków, a wszystkie Stany razem mają jeneralne towarzystwo *„National Medical Association“* składające się na sposób towarzystwa Stanowego z delegatów towarzystw wszystkich Stanów.

Posiedzenia towarzystw Stanowych jakotéż towarzystwa jeneralnego odbywają się tylko raz na rok i trwają przez kilka dni; wtedy stałe komitety obowiązane są zdać sprawę ze swoich czynności, jakotéż czytają się artykuły wypracowane przez członków. Towarzystwo stanowe w Kalifornii ma następujące stałe komitety: *1. On practical Medicine 2. On Surgery 3. On Obstetrics 4. On Medical Topography 5. On Indigenous Botany and Adulteration of Drugs 6. On Medical Education 7. On Public Hygiene and State Medicine 6. On Mental Diseases and Medical Jurisprudence 9. On Histology and Microscopy 10. On Arrangements 11. On Publication.*

Rozprawy towarzystw zwykle drukują się i świadczą one o wielkiéj pracowitości lekarzy w Ameryce.

Niektóre z lokalnych towarzystw są wybornie urządzone, w wielkiéj części w sposób jak *„Society for Medical improvement“*, które odbywa posiedzenia miesięcznie. Ustanowiono, że każdy z członków po koleji przedkłada opracowanie dowolnego lekarskiego przedmiotu, które to opracowanie podlega dyskusyi na następném posiedzeniu. — Że te towarzystwa są nader pożytecznemi ku rozszerzeniu wiedzy, jakotéż pożycia koleżeńskiego, nie potrzebuję dowodzić. — Niemieccy lekarze mają w San Francisco dwa towarzystwa *„Verein deutscher Aerzte“* i *„Pathologischer Verein“*.

Literatura lekarska w Stanach Zjednoczonych jest również bardzo obfitą. Wielka liczba dzieł oryginalnych i tłumaczonych drukuje się i rychło rozsprzedaje się pomiędzy lekarzy. Osobliwie literatura peryjodyczna jest bogatą. Mamy przeszło 60 czasopism lekarskich, kilka wychodzących tygodniowo, inne co dwa tygodnie, inne miesięcznie itd., prawie wszystkie bardzo dobrze redagowane i licznie przez lekarzy abonowane. Lekarze amerykańscy, a osobliwie w Kalifornii, nie skąpią na zakupno dzieł najnowszych i najlepszych instrumentów, co czyni możliwém prosperowanie tak znacznéj liczby czasopism lekarskich, i nie ulega wątpliwości, że ta literatura peryjodyczna w połączeniu z licznemi towarzystwami przyczynia się wielce do wykształcenia lekarzy tutejszych, którzy wychodząc świeżo ze szkół są w ogóle nie tak gruntownie wykształceni, jak koledzy na drugiéj półkuli, lecz pomimo tego jako praktykujący przez czytanie czasopism i towarzystwa stają się w niedługim czasie dobrymi praktykami

a wielu z nich przyniosłoby zaszczyt zawodowi lekarskiemu w każdym kraju.

Każde hrabstwo ma szpital publiczny, które to szpitale są po największéj części dobrze urządzone i utrzymywane. Zwiedzający Amerykę przyznają, że szpitale tutejsze górują nad europejskiemi pod względem praktycznéj konstrukcyi, urządzeń wewnętrznych i wygód dla chorych; oprócz szpitali publicznych są w każdym większém mieście prywatne, utrzymywane przez zakony lub też towarzystwa różnych narodowości. Tak San Francisco posiada oprócz publicznego budowanego z drzewa *(Pavillon Style* o 700 łóżkach) kilka prywatnych:

1. Szpital niemiecki świeżo ukończony w miejsce dawnego, który się spalił w r. 1876. Jest to budowla wspaniała i w prześlicznem miejscu położona, urządzona nawet z przepychem na 200 do 300 chorych. Szpital ten jest utrzymywanym przez towarzystwo niemieckie liczące przeszło 3000 członków, z których każdy płaci 1 dolara miesięcznie i ma za to bezpłatne leczenie w szpitalu w razie choroby. Nieczłonkowie płacą za pielęgnowanie i leczenie w szpitalu od 10 do 24 dolarów tygodniowo. Wszyscy chorzy mają prawo wyboru jednego z lekarzy szpitalnych, lub też mogą być leczeni przez innego nie należącego do szpitala, którego atoli osobno muszą opłacać.

2. Szpital francuski bardzo dobrze urządzony ma łóżek 200 do 250.

3. Szpital włoski ma łóżek 80 do 120. Obydwa te szpitale są urządzone przez towarzystwa, tak jak niemieckie i w podobny sposób prowadzone.

4. St. Luke Hospital ma łóżek do 150.

5. St. Mary's Hospital, do 200 łóżek.

6. State Womens Hospital, łóżek 100.

7. Marine Hospital dla żeglarzy, utrzymywany przez rząd Stanów Zjednoczonych, ma łóżek 200 do 300.

Szpitale te z wyjątkiem ostatniego są utrzymywane z prywatnych dobroczynnych darów, jakotéż z przychodu od pacyjentów płacących.

Biblijotek lekarskich mamy niewiele i te są małe w porównaniu z europejskiemi. Starsze i zamożniejsze szkoły lekarskie posiadają dosyć znaczne księgozbiory, pomiędzy niemi góruje *med. Departement of Harvard University* w Bostonie. Jedna tylko biblijoteka zasługuje na wzmiankę: *„The National Medical Library“* w Washingtonie pod kierownictwem jeneralnego chirurga Stanów Zjednoczonych. Liczy ona teraz około 100 tysięcy tomów, pomiędzy niemi jest wiele nadzwyczaj rzadkich dzieł, a ponieważ rząd funduszów na utrzymywanie tejże nie szczędzi, więc spodziewać się można, że będzie wkrótce najkompletniejszą na świecie.

Honoraryjum lekarskie opiera się na zwyczaju przyjętym w miastach; za konsultacyję w mieszkaniu lekarza lub wizytę w domu chorego płacą od 2 do 3 dolarów zwyczajnie. W oddaleniu liczy się nadto od 1 do 2 dolarów za każdą milę angielską. W okolicach mało zaludnionych i małych miasteczkach praktyka jest bardzo uciążliwą z powodu wielkiego okręgu i złego stanu dróg. Lekarzy jest daleko więcéj w stosunku do liczby ludności w porównaniu z Europą, ale też stosunki tutejsze są całkiem inne. Klasa niższa w Europie nie jest w stanie opłacać lekarza i musi się obchodzić bez jego porady, podczas gdy tutaj można powiedzieć, że téj klasy niema, lub też jest bardzo nieliczną. Europejscy lekarze tutaj osiedli mają prawie wszyscy dobrą praktykę, chociaż pierwsze lata pobytu są trochę przykre z powodu nieznajomości języka, zwyczajów i stosunków.

Listy z Wiednia.

IV.

Wodociąg. — Dur w zakładzie dla córek oficerskich w Hernalsie. — Czynności nieustającego wydziału związku lekarzy austryjackich. — Popiersie Oppolzera. — Jubileusz Schwanna.

Jak w przeszłych, tak i w tym roku podczas zimy brakło wody w wodociągu Franciszka-Józefa. Wiadomo, że źródła w ogóle w zimie mniéj obfitują w wodę; brak jednak tego roku był tak zastraszający, iż się już obawiano, że wodociąg kosztem 20 milijonów zbudowany zadaniu swojemu zadość nie uczyni. Już w grudniu trzeba było o środkach pomyśleć, któreby umożebniły sprawiedliwy podział wody pomiędzy wszystkie dzielnice. Gdy jednak żadna z komisyj ad hoc powołanych na odpowiedni projekt zdobyć się nie mogła, rozporządził burmistrz, aby przedmieście Leopoldstadt i miejscowości przed rogatkami położone zaopatrzono jak w latach poprzednich w wodę z wodociągu Ferdynanda. Liczne odwoływania się gmin dotkniętych do równouprawnienia, gdyż wszystkie dzielnice poniosły koszta wodociągów, pozostały bez skutku. Był nim chyba okólnik burmistrza Dra Feldera, w którym tenże odwołując się do uczuć obywatelskich mieszczan zaleca jak największą oszczędność z wodą. To jednak niepomogło i dotąd w jednych dzielnicach używają znakomitéj wody wodociągów w fabrykach, do przemysłu, do prania itd., chociaż tego ostro zakazano, do innych zaś części wcale woda nie dochodzi. Ztąd najdotkliwsze powstają niedogodności; wiadomo, że w skutek tego powstała w zakładzie dla córek oficerskich w Hernalsie epidemija duru.

Podobnemu nadużyciu możnaby tylko zaradzić przez używanie wodomierzy. Lecz wodomierze na wzór używanych do gazu są nietylko za drogie, ale i nalewanie tychże, urzędy do kontroli itp., za wielkieby za sobą pociągały koszta. Dotąd odpowiednich wodomierzy nie znamy. Praktyczna doniosłość zaś tychże jest widoczną. Dlatego magistrat rozpisał konkurs na najlepszy wodomierz i przeznaczył znaczną kwotę jako nagrodę dla wynalazcy. Inni zaś doradzają, aby pozyskać *Fusspassquelle*, o którém to źródle przed rokiem obszernie donosiliśmy; zdaniem prof. Suessa, który podał pierwszą myśl wodociągów, jest to jedyny środek, który tu jest wskazany.

Endemija duru w zakładzie w Hernalsie obecnie wygasła. Zakład był dłuższy czas osamotnionym, a wychowanice pomieszczono w Sauerbrunn obok Badenu. Było w całości 46 przypadków ciężkich duru a 36 lżejszych. Śmiertelność wynosiła 5%. W bieżącym tygodniu powrócą wychowanice do zakładu. Desinfekcyję budynku, w którym się zakład mieści, przeprowadzono jak najstaranniéj. Mury skrobano i na nowo narzucano i bielono; przedmioty z drzewa i żelaza myto nierozcieńczonym kwasem karbolowym a potém lakierowano; podłogi kilkakrotnie myto mocnym ługiem i zapuszczano. Strych nawet zmoczono i wytworzono parę chloru; w tym celu gotowano znaczną ilość soli kuchennéj w kotlach z kwasem siarkowym.

Z czynności nieustającego wydziału związku lekarzy austryjackich najważniejszém jest to, co się dzieje w komi-

syjach i sekcyjach. I sprawozdanie stowarzyszenia lekarzy galicyjskich dotyczące należytości sądowo-lekarskich i wniosków do reformy tychże oddano komitetowi do spraw sądowo-lekarskich, a uchwały stowarzyszenia galicyjskiego „co do należytości za usługi lekarskie“ komitetowi zajmującemu się prawami i obowiązkami lekarzy. Daléj wypracowano projekt założenia funduszu emerytur i zapomóg. Referentem jest Dr. Gauster. Za wzór służyło urządzenie funduszu emerytur w stowarzyszeniu literatów i dziennikarzy *Concordia*. Według projektu otrzymają członkowie, którzy 25 lat do stowarzyszenia należeli, a względnie płacili wkładki do funduszu, dożywotnią emeryturę, ci zaś, którzy prędzéj się stają niezdolnymi do zarobkowania, otrzymają jednorazową znaczniejszą zapomogę, tym większą, im dłużéj do stowarzyszenia należeli. Dr. Kohn przygotował elaborat, który ma na celu wprowadzenie lekarzy do ciał autonomicznych, szczególnie jednak do ciał prawodawczych krajowych i państwowych. Chodzi tu o przeprowadzenie wyboru znaczniejszéj liczby lekarzy znających stosunki społeczne ludności, potrzeby kraju pod względem sanitarnym, położenie swoich kolegów i ich potrzeby. W tym celu należałoby według projektu przed każdym wyborem zwołać zgromadzenie przedwyborcze lekarzy całego kraju, które stawia swoich kandydatów. Zaprzeczyć się nie da, że postępowanie takie w wielu razach pożądany odniosłoby skutek. Trudno bowiem wątpić, aby w niektórych kołach wyborczych, szczególnie miast i większych posiadłości, niewybrano kandydata, któregoby polecilo zgromadzenie lekarzy całego kraju lub większego jakiego okręgu. Wreszcie miał powstać w komisyjach projekt założenia Izb lekarskich na wzór Izb adwokackich, który jednak dotąd niedojrzał.

Po śmierci Oppolzera zawiązał się komitet, który się zajął składkami w celu zebrania kwoty potrzebnéj na biust zmarłego artystycznie wykonany. Dotąd zebrano 12,000 złr. Komitet na ostatniém posiedzeniu swojém uchwalił zakupić za odsetki tego funduszu biust marmurowy, który w sposób uroczysty odda się Uniwersytetowi. Gipsowy model, roboty Tilgnera, jest już gotów. Dalsze odsetki przeznaczono na nagrody dla lekarzy austryjackich za prace wchodzące w zakres medycyny wewnętrznéj. Rozdawnictwo służy komisyi stałéj złożonéj z trzech członków, a mianowicie obu profesorów medycyny wewnętrznéj przy uniwersytecie i profesora anatomii patologicznéj.

W czerwcu święci prof. Schwann w Leodyjum czterdziestą rocznicę zawodu nauczycielskiego. Tutejszy wydział chcąc uczcić znakomitego twórcę teoryi komórek postanowił na sobotniém zgromadzeniu wystósować doń adres. Redakcyję adresu powierzono tutejszemu fizyjologowi prof. Dr. Brückemu.

Dnia 14go maja 1878. *Dr. E. Machek.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** dn. 23 maja. Według ustawy z r. 1872 lekarze sądowi w Niemczech otrzymują za sekcyję należytość podwójną, tj. 24 marek, jeżeli zwłoki przez 6 tygodni przynajmniéj leżały w ziemi, lub przez 2 tygodnie we wodzie. Przeciw temu orzeczeniu występują lekarze sądowi niemieccy, dowodząc słusznie, że postęp zgnilizny nie tyle zależy od czasu, ile od licznych innych okoliczności, i żądając, aby oznaczenie stopnia zgnilizny pozostawiono w każdym przypadku obducentom razem ze sędzią śledczym. U nas oznaczenie zgnilizny w istocie jest rzeczą obducentów i sędziego, przyznawanie zaś dodatku (2 złr. 10 c.) z powodu zgnilizny do należytości więcéj niż skromnéj za sekcyję (3 złr. 15 c.), częstokroć natrafia na nieprzewidziane trudności. A przecież lekarze niemieccy otrzymują nierównie więcéj za sekcyję zwłok świéżych, aniżeli lekarze nasi za sekcyję zwłok zgniłych.

* We Wiedniu umarła temi dniami pani Pabstowa, wdowa po lekarzu, właścicielka zakładu dla chorych umysłowych w przedmieściu Erdbergu. Zakład jéj, w którym mieścili się chorzy na umyśle z lepszego stanu, odznaczał się dobrém kierownictwem i używa dotąd najlepszéj reputacyi.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 19 (od 5—11 maja) umarło w Krakowie osób 38; 27 mężczyzn i 11 kobiet; 21 osób umarło w obwodach i 17 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 33,3; a we Lwowie 41,8; w Warszawie 30,7; w Wiedniu 37,8; w Budapeszcie 42,1; w Tryjeście 26,0; w Bazylei 24,1; w Brukseli 20,2; w Paryżu 26,2; w Londynie 20,2; w Chrystyjanii 15,1; w Petersburgu 62,7; w Odessie 40,1; w Wenecyi 23,1; w Bukareszcie 33,6; w Berlinie 26,9; w Królewcu 39,0; w Poznaniu 34,4; w Augsburgu 48,3; w Monachijum 33,7; w Lipsku 22,9; w Dreźnie 29,0. Na choroby zakaźne zmarły w tymże czasie w Krakowie 4 osoby; z płonicy 1 osoba i 3 z duru powrotnego.

Lwów, d. 23 maja *(Korcsp. oryg.)*. Na posiedzeniu krajowéj Rady zdrowia z d. 17 b. m. załatwiono następujące sprawy: Na prośbę właściciela Morszyna o uznanie zakładu tamecznego za zdrojowy i zezwolenie pobierania taks Rada uznała zakład w Morszynie jako dyjetetyczno-pneumatyczno-hydryjatyczny, jednak nie zezwoliła na ściąganie taks. Następnie zgodzono się na następującą instrukcyję dla oglądaczy zwłok: 1. Oglądacz ma wypełniać czynności osobiście w okręgu swoim. 2. O ile możności winien oglądać zwłoki w pierwszych 24 godzinach, i 3. wypytać się o szczegóły choroby i śmierci, 4. ustęp co do sposobu oglądania zwłok. 5. oznaki śmierci, 6. sposób rozróżnienia śmierci pozornéj i udzielenia pomocy. 7. Po sprawdzeniu śmierci naturalnéj oglądacz wyda kartę wedle formularza. 8. W przypadkach przepisami oznaczonych winien polecić przewiezienie zwłok do trupiarni. 9. W razie podejrzenia śmierci gwałtownéj lub nagłéj, w razie pogłosek obiegających o śmierci nienaturalnéj, po sprawdzeniu ich prawdopodobieństwa, w razie znalezienia trupa lub podejrzenia spędzenia płodu, lub wreszcie, jeżeli chory leczony był przez partacza oglądacz wstrzyma się z wydaniem karty. 10. Winien utrzymać zwłoki in statu quo w razie potrzeby sekcyi sądowéj. 11. Winien zawiadomić gminę, jeżeli zachodzi podejrzenie choroby nagminnéj. 12. Pojęcie chorób nagminnych, zarządzenie desinfekcyi i niszczenie przedmiotów. 13. Zezwala na pogrzeb w ciągu 48 a przynajmniéj 36 godzin. 14. Zwierzchność gminna dostarcza oglądaczowi druków potrzebnych. 15. O zachowaniu się oglądacza przy czynności w obec osób drugich.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Bischoff w Monachijum otrzymał godność radzcy tajnego przy sposobności ustąpienia z katedry, którą przez tyle lat zaszczytnie zajmował. — W miejsce prof. Kussmaula kieruje odtąd polikliniką lekarską w Strasburgu prof. Kohts.

* **Nekrologija**. Mamy dziś do zapisania śmierć trzech chirurgów: Kovacsa, Menzla i Jacksona. Radca ministeryjalny Dr. Sebastyjan Kovacs, prof. chirurgii w Budapeszcie, przyjaciel Deaka, tknięty został d. 17 bm. apopleksyją w hotelu, dokąd do choréj wezwany został i wkrótce potém ducha wyzionął.— Dr. Artur Menzel, prymaryjusz w Tryjeście, b. asystent Billrotha we Wiedniu, zachorował w Berlinie, dokąd na zjazd chirurgów się był udał, a przeniesiony do szpitala Augusty tamże umarł licząc zaledwie lat 33. Cesarzowa niemiecka poleciła, aby w jéj imieniu złożono wieniec na trumnie zmarłego; zwłoki przewiezione zostały do Tryjestu. — Tomasz Carr Jackson, chirurg „Great Northern Hospital“ w Londynie † tamże w 55 roku życia.

Z duru zmarli w Bułgaryi lekarze: Zaleński, Wiśniewski i Wład. Kosiński; dotąd zmarło w armii rosyjskiéj z duru 66 lekarzy.

* **Konkurs** na posadę lekarza starszego w charakterze dyrektora pełniącego zarazem obowiązki kasyera w szpitalu powszechnym w Tarnowie z roczną płacą 400 zła. i wynagrodzeniem 100 zła. rocznie za czynność kasyera

z obowiązkowém pomieszkaniem w szpitalu, opałem i światłem rozpisuje „komisyja instytutu ubogich i chorych," i żąda od kandydata przedłożenia: metryki chrztu, świadectwa zdrowia, dyplomu Dra med., chir. i mag. akuszeryi lub dyplomu wszechmedycyny oraz wywodu dotychczasowéj praktyki lekarskiéj. W ten sposób udokumentowane podania należy wnieść do 2 czerwca rb.

Komisyja, któréj nazwę staraliśmy się podać dosłownie, szuka osoby mającéj nie tylko wszystkie stopnie akademickie, ale nadto i kwalifikacyję na dyrektora, lekarza starszego i kasyjera; życzymy jéj z całego serca, aby jéj się udało pozyskać za powyższą placę człowieka tak wszechstronnie utalentowanego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. M. RUDNIKA we Wiedniu: „Über eine gleichzeitige primäre Doppel-Amputation" (Vortrag in W. med. Doctoren-Collegium). Wien 1878. (Osobna odbitka z *Allg. W. med. Ztg.* 1878. Nr. 14 et seq.)

Sprostowanie: W Nrze 20, str. 251, w 1éj szpalcie, wierszu 20 od dołu, zamiast S $^{16}/_{18}$, $^{6}/_{18}$, $^{6}/_{24}$ powinno być S $^{6}/_{18}$, $^{6}/_{18}$, $^{6}/_{24}$.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Prze ;lad Lekarski wychodzi co sobo ta w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2. Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:								
Rocznie	w Austryi	8 zlr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech	18 mk.	we Francyi	24 fr.
Półrocznie	„	4 „ 40 „	„	3 „	„	9 „	„	12 „
Kwartalnie	„	2 „ 20 „	„	$1\frac{1}{2}$ „	„	$4\frac{1}{2}$ „	„	6 „

Kraków, 1 Czerwca 1878. № 22. Rok XVII.

I. Z oddziału chirurgicznego Dra Obalińskiego w Krakowie.

I. Odma płuc obustronna *(Pneumothorax ambilateralis).*

Skréślił Dr. J. Radek,
Sekundaryjusz tegoż oddziału.

Jakkolwiek odma płuc należy prawie do codziennych spostrzeżeń lekarza więcéj zajętego, to jednakże ogłoszenie przypadku poniżéj opisanego usprawiedliwić może z jednéj strony szczególniejsza ajtyjologija a z drugiéj strony rzadkość pojawiania się odmy po obu stronach.

A. S., 26 lat licząca, nie zamężna, opowiada, że ma siostrę i brata zupełnie zdrowych, rodzice jéj zaś pomarli, ale nie umie oznaczyć na jaką chorobę; ona zaś sama była zdrową aż do 22 roku życia, kiedy po pierwszy raz spostrzegła, że po stronie wewnętrznéj w dolnéj trzeciéj podudzia prawego zrobił się jéj guz, który wkrótce się zamienił w wrzód wybujały, bardzo łatwo krwawiący, co ją skłoniło, że się udała do szpitala św. Łazarza w roku 1872. Tu, jak z karty wizytowéj dowiaduję się, uważano z początku wrzód ten jako powstały po częstych zapaleniach tkanki łącznéj; gdy jednak zwykłe w takich razach używane środki nic nie pomagały a nadto dno wrzodu zaczęło się coraz bardziéj wznosić, rozpoznano na podstawie zbadania drobnowidowego wyciętego kawałka mięsak *(melanosarkoma)* i wyłuszczono go z części miękkich dokładnie, gdyż kości i okostna były niezajęte, poczém rana operacyjna zupełnie się zabliźniła a chora opuściła szpital wyleczona. Po upływie roku w miejscu blizny znów narośl zaczęła bujać, chora powtórnie udała się do szpitala, gdzie jak poprzednio wyłuszczono nowotwór a chora opuściła zakład z raną zabliźnioną. Jednak tym razem nowotwór już po kilku miesiącach zaczął bujać i to znacznie szybciéj, niż poprzednio; chora znów przybyła do szpitala w roku 1875, gdzie jéj zalecano odjęcie podudzia chcąc ją zabezpieczyć od recydywy, na co gdy się zgodzić nie chciała, wyluszczono mięsak po raz trzeci. Po kilku tygodniach po wyjściu ze zakładu zaczął nowotwór z blizny gwałtownie bujać, co zmusiło ją wstąpić do szpitala po raz czwarty dnia 4 grudnia 1876. Natenczas przedstawiała chora stan następujący:

Dziewczyna na swój wiek dobrze zbudowana i odżywiona, ciepłota ciała nie podwyższona, tętno spokojne, miesiączkuje regularnie co miesiąc, trawienie dobre, wewnętrzne organa nie przedstawiają żadnych zboczeń. Na podudziu prawém w dolnéj trzeciéj po stronie wewnętrznéj znachodzi się blizna podłużna a w górnym jéj końcu widać guz wielkości jaja składający się z tkanki czarnéj galaretowatéj, bardzo łatwo krwawiącéj i rozpadającéj się, gruczoły pachwinowe nie powiększone.

Dnia siódmego grudnia wystąpiła na choréj odnodze róża, po któréj ustąpieniu zaraz na drugi dzień tj. 14/12, gdy chora na zaleconą amputacyję zgodzić się nie chciała, wyłuszczono po zachloroformowaniu i przy użyciu opaski Esmarcha nowotwór a wszystkie podejrzane miejsca na mięśniach i na goleni wyskrobano łyżeczką Brunsa. Po operacyi temperatura była tylko w piérwszych dwóch dniach podniesioną, stan zaś ogólny był zadowalający, dopiéro trzeciego dnia zaczęła się skarżyć na ból w boku prawym i na małe utrudnienie w oddychaniu. Badanie klatki piersiowéj nie wykazało żadnych zboczeń. Ból ten uważany przez nas zrazu za gościec mięśniowy pozostawał zawsze w jednakowém natężeniu mimo użycia różnych środków nie wyjmując nawet prądu przerywanego. Chora czuła się codzień słabszą, apetyt się znacznie zmniejszał, miejscowo zaś rana operacyjna zabliźniała się bardzo ładnie, gruczoły w pachwinie nie były także powiększone. Taki stan trwał do 15 stycznia 1877, kiedy to podobny ból wystąpił po stronie lewéj, lecz i teraz dokładne badanie nie wykazało nic w płucach.

Dopiéro dnia 2/2 spostrzegliśmy w bliźnie świeżo powstający guzek a w obu płucach badanie wykazało wdech zaostrzony, a wydech słabo słyszalny w niektórych miejscach.

Dnia 4/2 duszność dotąd tylko w małym stopniu się utrzymująca zwiększyła się nagle bardzo znacznie, sinica wy-

stąpiła na twarzy; badanie klatki piersiowéj wykazuje po stronie prawéj to samo, co poprzednio, po stronie zaś lewéj wybitne cechy odmy piersiowéj *(Pneumatothorax)*, a mianowicie wypuk z przodu i z tyłu bębenkowy z podźwiękiem metalicznym, wdech i wydech niesłyszalny.

Teraz dopiéro był nam cały obraz chorobowy zupełnie jasny. Piérwsze bóle i małą duszność początkowo tłumaczyliśmy sobie z powstawania guzów przerzutowych w płucach, które rozpadając się zniszczyły w następstwie opłucnę płucową i sprowadziły odmę piersiową. To nasze przypuszczenie okazało się wkrótce prawdziwém, bo już dnia 13/2 przy badaniu płuc wykazano po stronie lewéj wypuk bębenkowy tak z przodu jakotéż i z tyłu bez podźwięku metalicznego, wdech i wydech zupełnie zniesiony, po stronie prawéj wypuk bębenkowy z podźwiękiem metalicznym, wdech i wydech zniesiony, zarówno po obu stronach; wymiary serca nie dały się wypukiem oznaczyć, uderzenie serca najwyraźniéjsze było nad wyrostkiem mieczykowatym mostka, gdzie i tony sercowe dały się oznaczyć jako słabe lecz czyste, odma więc po stronie prawéj była w mniejszym nieco stopniu aniżeli po stronie lewéj. Od téj chwili powiększała się z każdym dniem po obu stronach jednakowo, za czém w równéj mierze wzmagała się duszność i sinica, temperatura dochodziła zaledwie do 36° C., a tętno stawało się drobniejszém i nitkowatém, odnogi dolne i górne były zimne, w ogóle upadek sił był co dzień większy, a 25/2 zakończyła chora życie śród największéj duszności.

W obec takiego przebiegu choroby podtrzymywaliśmy siły choréj środkami wzmacniającemi i pobudzającemi, przypady zaś chorobowe staraliśmy się łagodzić za pomocą narkotyków; od punkcyi wstrzymywaliśmy się mając na względzie, że się odma ciągle zwiększała.

Sekcyja wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym w obec Doc. Dra Browicza wykazała w obu opłucnych wielką ilość powietrza bez najmniejszéj ilości ropy, płuca oba bardzo ściągnięte i okazujące wielką ilość guzków nowotworowych, dochodzących tu i owdzie do wielkości orzecha włoskiego; guzki te z których niejedne już się rozpadać poczynały, okazały się pod drobnowidem jako mięsak czerniaczkowy *(melanosarkoma)*.

Przypadek niniejszy zasługuje przedewszystkiém na uwagę z powodu swéj ajtyjologii, albowiem klinicyści zaliczają odmę piersiową powstałą w skutek nowotworów w ogólności a mięsak w szczególności do nadzwyczajnych rzadkości. Tak przynajmniéj twierdzi Wintrich w swém cennym dziele o chorobach narządów oddéchowych a Saussier na 131 przypadków przez siebie zebranych znalazł w 81 suchoty 29, razy otok opłucnéj, raz raka a w reszcie przypadków zgorzel, rozedmę, lub urazy płuc *(Handbuch der Krankheiten des Respirationsapparates von Dr. Fraentzel.)*

Drugą okolicznością rzadką a w obecnym przypadku spostrzeganą jest to, że odma była po obu stronach. W tym względzie przychodzi mi się znów powołać na Wintricha, jako téż na Reynauda, który na 70 przypadków tylko dwa razy a w końcu na Monnereta i Fleurego, którzy na 115 przypadków zaledwie trzy razy odmę po obu stronach postrzegali.

W końcu namienić wypada, że przypadek nasz popiera twierdzenie Wintricha i po części Laenneca, którzy twierdzili że gazy nagromadzone w worku opłucnowym nie koniecznie muszą działać na błonę drażniąco i wywołać ropienie, jak to przeważna ilość autorów twierdzi; w naszym bowiem przypadku trwała odma po stronie lewéj przez 21 dni, a po prawéj przez 12 dni, a mimo to wykazała sekcyja opłucnę zupełnie prawidłową.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok.**

II. Morderstwo przy ulicy Floryjańskiéj.

(Patrz Nr. 44 z r. z.)

Dnia 2 lutego 1876 r. znaleziono służącą bez życia w pomieszkaniu służbodawcy pod l. 322 przy ulicy Floryjańskiéj. Józefa Klockowa, lat 50 licząca, od lat wielu w tym domu służąca, tegoż dnia popołudniu wyszła była do kościoła, gdzie též koło godziny 5téj ostatni raz ją widziano. Służbodawca wróciwszy około godziny 7éj wieczór do domu dzwonił kilkakrotnie, a gdy nikt nie otwierał, przypuszczał, że służącéj jeszcze w domu niema i wrócił na miasto. Gdy jednak i koło godziny 10téj nadaremnie dzwonił, zaniepokoił się mocno i zawołał czeladników, aby w ich asystencyi dostać się do mieszkania. Gdy ci nadeszli, pokazało się, że drzwi wcale nie były zamknięte, a gdy weszli do izby nieoświetlonéj, na 2 — 3 kroków od drzwi frontowych napotkali Józefę Klockową martwą, na podłodze leżącą; dotknąwszy się zaś trupa zauważyli, że ciało było zimne, a ręce sztywne.

Obszerny pokój, w którym trupa znaleziono, służył za pracownię krawiecką; znajduje się na 1ém piętrze i ma dwoje drzwi: blisko schodów głównych drzwi frontowe, które, jak wspomniałem, znaleziono nie zamknięte, a opodal których zwłoki leżały; drugie tylne prowadzące na ganek i do schodów tylnych były na klucz od wewnątrz zamknięte. Pokój ten duży, mający tylko okno wychodzące na podworzec, prowadził do nyży ciemnéj, a następnie do drugiego pokoju wąskiego, a ten ostatni do salonu frontowego. W nyży znaleziono zarękawek, który denatka zwykła była nosić gdy wychodziła, a w dużym pokoju tylnym dwa żelazka krawieckie, zwykle tam znajdujące się, 8 i 9 funtów wied. ważące, a zresztą nie zastano żadnego innego przedmiotu podejrzanego.

Urzędnik policyjny przybyły zaraz na miejsce zamknął pomieszkanie, tak, że do dnia następnego żadnéj zmiany w niém nie poczyniono, a w szczególności trup pozostał na miejscu, na którém go znaleziono.

Wezwany w dniu 3 lutego przedpołudniem do przedsięwzięcia oględzin sądowolekarskich razem z kol. Rybczyńskim starałem się opisać jak najdokładniéj nietylko trupa samego, ale i jego ułożenie, ubranie, oraz plamy obok niego znachodzące się. Z obszernego protokółu wyjmuję ustępy ważniejsze:

1) Na 2 — 3 kroków od drzwi głównych leżą zwłoki kobiety zwrócone nieco na prawo, tak, że koniec stopy lewéj skierowany jest ku ścianie znajdującéj się po stronie prawéj od wejścia i od niéj 16 cm. odległy, podczas gdy koniec stopy prawéj skierowany na lewo, a pięty oddalone od siebie na 15 cm.

2) Trup jest zupełnie ubrany po zimowemu i widoczną jest rzeczą, że osoba, o któréj mowa, bezpośrednio przed nagłą śmiercią wychodziła z domu lub wracała.

3) Głowa zwieszona nieco na dół a naokoło niéj, zwłaszcza po jéj stronie lewéj, widać kałużę, składającą się z krwi na wpół ściętéj i z wymiocin.

4) Powyżéj głowy leży chustka gruba, zimowa, mniéj więcéj równolegle do osi ciała wyciągnięta w długości 88 cm., szerokości największéj 38 cm., najmniejszéj zaś tuż przy głowie 21 cm.; koniec ten najwęższy zachodzi nieco pod głowę i z trudnością wysuwać się daje, ponieważ i do głowy i do podłogi przylepiony jest krwią ściętą.

5) Całe ciało leży na wznak, a płaszcz z przodu jest rozpięty.

6) Odnoga górna prawa odstaje od ciała pod kątem 45°; palce téj ręki są zgięte nieco a z powodu stężenia odginać się nie dają; na grzbiecie palca wskazującego smuga krwawa.

7) Odnoga górna lewa przylega do kadłuba, a ręka sama spoczywa na płaszczu.

8) Odnogi dolne nie bardzo oddalone od siebie.

9 — 12) Chustka wyżéj wspomniana złożona jest we dwoje w płaszczyzny trójkątne, jak ją zazwyczaj kobiety noszą; po jednéj stronie chustki tak złożonéj widać w samym środku załamka smugę dotąd wilgotną, $1/2$ metra długą a 3 cm. szeroką, pochodzącą od krwi zmięszanéj z istotą mózgową; poniżéj téj smugi widać 2 duże plamy czerwonawe, wilgotne, na $1/2$ metra od siebie oddalone, nieforemne, a w środku jednéj z nich 7 kawałków istoty mózgowéj krwią zbroczonéj. Po stronie drugiéj téj chustki znachodzą się plamy odpowiadające poprzednim, ale mniéj wyraźne, oczywiście z przesiąknięcia powstałe, a śród plamy największéj widać otwór strzępiasty, ale prostolinijny, długości 1 cm., przenikający obie połowy chustki.

13 — 21) Na głowie trupa znajduje się czapka kobieca jedwabna, watowana; na niéj nie widać żadnego otworu, ale tak od wewnątrz, jako od zewnątrz, zwłaszcza na części odpowiadającéj sklepieniu czaszki jest ona powalana krwią i istotą mózgową. Na szyi chustka jedwabna czerwona, w kilku miejscach krwią nasiąknięta. Płaszcz sukienny ciemny z tyłu przy kołnierzu zbroczony. Nadto trup ma na sobie: kaftan kortowy, kaftanik flanelowy, 3 spodnice, koszulę płócienną, białą, spodnie, pończochy grube i trzewiki.

22 — 26) Zwłoki dobrze zbudowane i odżywione, długość ciała wynosi 1 metr 48 cm., stężenie trupie we wszystkich odnogach. Na grzbiecie i pośladkach kilka plam pośmiertnych przez nacięcie jako takie sprawdzonych; oba barki i brzuch zielono zabarwione, a nacięcie nie wykazuje wynaczynienia krwi; brzuch wzdęty, sutki obwisłe; palce ręki prawéj po stronie dłoniowéj wszystkie krwią powalane.

27) Na głowie i twarzy znachodzą się liczne obrażenia, a mianowicie:

a) Na głowie po stronie prawéj nad kością boczną na 2·5 cm. powyżéj szwu wieńcowego znajduje się śród włosów krwią zlepionych i tuż przy przedziałce włosowéj rana od ostatniéj rozpoczynająca się a przebiegająca na prawo i nieco na dół, 5 cm. długa a 1·5 cm. szeroka, o brzegach nierównych, nieco ugniecionych; przez ranę tę wychodzą kawałki istoty mózgowéj, a palec w nią wprowadzony przez kość zmiażdżoną dostaje się do jamy czaszkowéj; *b)* po stronie lewéj nad kością boczną symetrycznie z raną poprzednią widać ranę pionową, owalną, 2·5 cm. długą, 1 cm. szeroką o brzegach dość gładkich; przez nią również wychodzą kawałki mózgu; *c)* nad tylnym brzegiem kości bocznéj prawéj rana 7 cm. długa a 3—4 cm. szeroka, o brzegach bardzo nierównych, poszarpanych dochodząca aż do okostny; *d)* na czole nieco powyżéj gładyszki dwa otwory okrągławe wielkości grochu, 4 cm. od siebie oddalone, tak iż każdy z nich odpowiada mniéj więcéj wewn. końcom łuków okobrwiowych; na 4 cm. od otworu lewego widać trzeci w pionie zewn. kąta oka lewego; zgłębnik wprowadzony do tych otworów przez zmiażdżoną kość czołową dostaje się do jamy czaszkowéj; wszystkie 3 rany krwią podbiegnięte; *e)* na powiece górnéj oka l. dwa sińce miernie podbiegnięte; powieka górna oka pr. sina, podbiegnięta; *f)* przed małżowiną uszną pr. rana 2·5 cm. długa o brzegach nieco strzępiastych, a przed brzegiem téj rany, ku oku zwróconym, widać otwór okrągławy, wielkości grochu, komunikujący z raną główną, lejkowato się zagłębiającą, a zgłębnik wchodzi dość głęboko; *g)* po za małżowiną uszną pr. powyżéj górnego odcinka ucha i do takowego równoległa rana darta 4 cm. długa a 2 cm. szer., o brzegach nierównych, w dnie jéj czuć kość zmiażdżoną; *h)* nad samą bródką siniec mały i otarcie krwią podbiegnięte, a szczęka dolna w połowie prawéj złamana; *i)* przy obmacaniu lica prawego czuje się trzeszczenie w szczęce górnéj; *k)* również czuć trzeszczenie w obu brzegach oczodołowych dolnych.

28—33) Włosy na głowie wszędzie krwią zlepione spojówka gałkowa prawa nieco podbiegnięta, na wardze górnéj dużo krwi zeschniętéj, wargi ściśnięte.

34—35) Powłoki czaszkowe po stronie wewn. nadzwyczaj mocno krwią podbiegnięte i nasiąknięte, a brzegi ran poprzednio opisanych ugniecione; okostna sklepienia wszędzie krwią ciemną podbiegła.

36) W przodkowéj połowie sklepienia, zwłaszcza po stronie lewéj, kości boczne mocno zmiażdżone, tak że po wyjęciu odłamków powstaje tak znaczna luka, iż sklepienia prawie już odpiłować nie trzeba. Największy odłamek kości bocznéj l. jest okrągławy, 8 cm. średnicy mający; następnie wyjąć można także odłamki poszczególne kości czołowéj całéj: dwa z tych odłamków tak mocno i na 4—5 cm. głęboko wgniecione albo raczéj wklinowane były w istotę mózgu, że je dopiero po użyciu pewnéj siły wydobyć zdołano, a po ich oddaleniu pozostały dość szerokie szczeliny w mózgu.

37) Po odpiłowaniu resztek sklepienia opona twarda tam, gdzie nie jest przedartą, okazuje się miernie w krew obfitą; pod oponami miękkiemi w wielu miejscach krew skrzepła.

38—39) Oba płaty czołowe całkiem zmiażdżone, w komórkach bocznych dużo krwi płynnéj. Po wyjęciu mózgowia okazują się złamanemi: siodło tureckie i skrzydło większe prawe k. klinowéj, oba sklepienia zaś oczodołowe zgruchotanemi.

40) Żebra: 6, 7 i 8 po stronie pr. na saméj granicy chrząstkowéj złamane, dwa poprzecznie, jedno nieco ukośnie; również złamanem jest blizko chrząstki żebro 7 lewe. Złamania, zwłaszcza po stronie prawéj, połączone są z podbiegnięciem krwi.

41—45) Krtań i tchawica próżne, błona śluzowa brudno-czerwona; płuca suche, niedokrewne; komórki sercowe próżne, wątroba uboga w krew, tak samo śledziona miernie powiększona.

46—47) Obie torebki tłuszczowe nerek mocno krwią podbiegnięte, nerki same niedokrewne; pęcherz moczowy zawiera koło 40 gram. płynu.

48—50) Żołądek gazem wydęty nie zawiera ani płynu, ani części stałych, bł. śluzowa brudno czerwona.

51) Na podłodze, w miejscu, gdzie przypadała głowa trupa, widać małą kałużę okrągławą 20 cm. średnicy mającą, a obok niéj po stronie lewéj dość grubą warstwę miazgi pokarmowéj żółtawéj, pośród któréj widać dość dużo fasoli niestrawionych; cała ilość téj miazgi wynosić może $1/4$ część litra.

Na kilka kroków na lewo od trupa znaleziono na podłodze plamę okrągławą, 1 cm. średnicy mającą, barwy ciemno-czerwonéj; kawałek drzewa, na którym plama się znajdowała, wyrznięto, a badanie późniejsze przekonało, że plama ta była krwawą.

Na chustce wyżéj opisanéj, po stronie téj, która powalana była krwią i istotą mózgową, przy późniejszém dokładném oglądaniu znaleziono, w odległości 20 cm. od załamka, a w odległości 11 cm. od miejsca przedziurawionego, przylegający do chustki wśród krwi i masy mózgowéj kawałek skóry z włosami, postaci nieregularnéj 1 cm. średnicy mający.

Uwzględniwszy należycie wynik oględzin miejscowości i sekcyi wydaliśmy następującéj treści orzeczenie:

I. Co do bezpośredniéj przyczyny śmierci:

1) Józefa Klockowa umarła z porażenia mózgu, powstałego skutkiem zmiażdżenia wielkiéj części tegoż i wynaczynienia krwi już to na wewnątrz pod opony i do komórek bocznych, już to na zewnątrz, jak tego dowodzi kałuża krwi na podłodze, oraz krew na chustce i czapce.

2) Śmierć jéj nastąpiła szybko, co jest rzeczą naturalną w obec tak znacznego zmiażdżenia mózgu. Jednak śmierć nie nastąpiła natychmiast. Dowodzą tego:

a) okoliczność, że Józefa K. po upadnięciu skutkiem obrażenia głowy wymiotowała, jak o tém świadczą wymiociny znalezione po stronie lewéj obok głowy; niema zaś podstawy do przypuszczenia, że wymiociny te nie pochodziły od denatki, zwłaszcza, gdy żołądek jéj znaleziono próżnym.

b) że po upadnięciu jeszcze nieco się ruszała; świadczy o tém ułożenie głowy twarzą do góry — tak ją bowiem znaleziono, — podczas gdy w chwili wymiotowania głowa musiała być skierowaną w lewą stronę;

c) że ręką prawą dotknęła się ran głowowych; wszystkie palce bowiem ręki téj po stronie dłoniowéj były krwią powalane;

d) że po upadnięciu a jeszcze za życia ugniataną była kolanami, jak to poniżéj jeszcze wykażemy.

II. Co do pośredniéj przyczyny śmierci:

3) Zmiażdżenie mózgowia, oraz krwotok zewnętrzny i wewnętrzny powstały u Józefy K. w skutek zgruchotania czaszki, które uważać należy za uszkodzenie bezwzględnie i w krótkim czasie śmierć za sobą pociągające. Zgruchotaną zaś została czaszka głównie w skutek kilkakrotnego uderzenia jéj sklepienia narzędziem tępém i ciężkiém, z wielką siłą użytém; a w części przyczyniło się także uderzenie zadane w czoło oraz w okolicę jarzmową prawą za pomocą narzędzia, wprawdzie okrągło-śpiczastego, ale również nie lekkiego. Zmiany zaś znalezione w żebrach i w powłokach tłuszczowych nerek obydwóch, wywołane przez ugniecenie klatki piersiowéj i obydwóch podżebrzy narzędziem tępém, nie przyczyniły się do śmierci, ponieważ śmierć, jak się już powiedziało, szybko nastąpiła. Wszystkie zaś obrażenia na zwłokach znalezione, jako mniéj lub więcéj krwią podbiegnięte, zadane zostały za życia.

4) Tak znaczne i tak liczne obrażenia zdarzają się wprawdzie najczęściéj, jeżeli człowiek spada z wysokości, lub przytłoczony zostaje wielkim ciężarem, np. jeżeli zostaje przejechany ciężkim wozem; ponieważ jednak w przypadku danym o tych szkodliwościach mowy niema, należy koniecznie przypuścić, że Józefa K. pozbawioną została życia przez osobę trzecią, która zadała jéj obrażenia wspomniane w oczywistym zamiarze odebrania życia.

5) Ponieważ na ciele Józefy K. nie znaleziono żadnych śladów, świadczyć mogących o stawianym przez nią oporze, przypuścić następnie wypada, że napadniętą została znienacka, i że już po pierwszém lub drugiém uderzeniu straciła przytomność. Cały zaś akt, począwszy od pierwszego do ostatniego obrażenia, nie wymagał wcale długiego czasu, i mógł ukończyć się w kilku minutach.

Sposób, w jaki Józefa K. obrażoną została, dowodzi wreszcie, że sprawca przystąpił do czynu z nadzwyczajną wściekłością, albowiem niedosyć na tém, że jéj zadał kilka ciosów, z których każdy mógł być śmiertelnym, uderzył ją jeszcze w szczękę dolną, która była złamaną, oraz leżącą już deptał nogami, za czém przemawia złamanie żeber i podbiegnięcie krwią powłok nerkowych.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Ultzmann (we Wiedniu): **O moczeniu krwawém** *(Haematuria) (Wiener Klinik 4 u. 5 Heft 1878.)* Sprawozdanie Dra F. Obtułowicza.

Postępy naukowe, jakie semiotyka moczu zawdzięcza ścisłym badaniom podjętym w czasach ostatnich, przedewszystkiém atoli troskliwe poszukiwania chemiczne i drobnowidowe moczu i jego osadu wyświeciły dotychczas już niejednę stronę ciemną rozdziału o moczeniu krwawém, który pod względem dyjagnostycznym należy do ustępów najtrudniejszych w rozległym obszarze nauki lekarskiéj. Z czasem jednak dopiero uda się rozpoznanie ogólne, czyli raczéj przypadowe pod nazwą „moczenia krwawego“ wykreślić z dyjagnostyki i zastąpić rozpoznaniem ścisłém anatomo-patologicznem lub ajtyjologiczném. Dlatego też z radością i uznaniem witać należy każdą pracę znamionującą postęp na tém polu, a taką jest niewątpliwie rozprawa niniejsza, z którą obeznać zamierzam szan. czytelników naszego czasopisma uwydatniając głównie i treściwie poglądy autora na tę sprawę chorobową tak ważną w praktyce codziennéj.

Wstęp do rozprawy autora stanowi wykazanie chemiczne krwi w moczu zawartéj. Mocz tego rodzaju jest zabarwiony albo na krwawo, jeżeli zawiera w osadzie świeże ciałka krwi czerwone, jeszcze nie zmienione, a w roztczynie t. zw. oksyhemogłobin, albo na ciso lub czarno, jeżeli zawiera w osadzie zmienione już ciałka krwi, a w roztczynie gałczeń krwi odtleniony *(methaemoglobin)*. W pierwszym razie barwa krwawo-czerwona moczu jest oznaką, że krwotok jest świeży zazwyczaj z naczyń większych; w razie drugim krew już dawniéj zmięszała się z moczem i przez czas dłuższy pozostaje w narządach moczowych; krwawienie wówczas miało miejsce z naczyniek drobnych lub zawdzięcza powstanie swe krwawieniu miąższowemu. Sama barwa jednakowoż nie wystarcza do rozpoznania umiejętnego, że w istocie w moczu krew się znajduje, gdyż np. po zażyciu rzewnia, senesu i innych przetworów barwikowych mocz w razie oddziaływania alkalicznego przybiera również zabarwienie krwawe znikające wprawdzie za dodaniem kwasu azotowego lub solnego, a powracające za dodaniem ługu potasowego, po-

dobnież barwiki żółciowe lub kwas karbolowy nadają moczowi barwę czarną lub zielono-cisą; należy przeto sprawdzić obecność krwi w moczu czyto w rozczynie, czy też w osadzie za pomocą jednéj z prób następujących: 1) próby widmowéj, 2) próby Hellera a 3) próby na kryształki heminowe (według metody Teichmanna).

Przy próbie pierwszéj napełnia się epruwetkę do połowy moczem przesączonym i trzyma ją przed szparą dobrego przyrządu widmowego. Jeżeli krew znajduje się w moczu, pojawiają się między linijami Frauenhoffera D i E dwie ciemne smugi tj. w polu żółtém i zieloném widma. Dla porównania można zbadać również krew mocno rozcieńczoną (np. kroplę krwi na $^1/_2$ rurki odczynnikowéj), a zgodność obu tych prób przemawia niewątpliwie za obecnością krwi w moczu czerwono, ciemno-ciso lub czarno-brunatno zabarwionym.

Próba druga jest powszechnie używaną i bardzo łatwą do wykonania. Trzecią część epruwetki napełnia się moczem, dodaje połówkę tejże objętości ługu potasowego zgęszczonego (rozczyn 1:3) i ogrzewa się nad lampką. Przy ogrzewaniu moczu z ługiem wydzielają się fosforany ziemne w postaci delikatnych białych płatków i porywają mechanicznie barwik krwi zabarwiający je przez to rdzawo. Gdyby mocz badany oddziaływał już poprzednio alkalicznie, to należy doń dolać pół objętości moczu prawidłowego i dopiero ogrzewać z ługiem potasowym. Mocz zabarwiony znów na czerwono przez barwiki roślinne odzyskuje swą barwę żółtą za dodaniem kwasów i nie zawiera białka, które znachodzi się w znacznéj ilości w moczu krwawym.

Jeżeli mamy do badania osad moczu, to przedewszystkiém szukamy w nim ciałek krwi czerwonych pod drobnowidem, a wykrywszy je nie możemy mieć już żadnéj wątpliwości o ich obecności w moczu, lub téż wytwarzamy zeń kryształki heminowe według sposobu podanego przez Teichmanna. W tym celu nieco osadu zebranego na sączku rozpościera się na szkiełku przedmiotowém, wysusza zwolna nad lampką, miesza potém dokładnie z drobniutko sproszkowaną solą kuchenną, a wreszcie dodaje się kroplę octu *(acidum aceticum glaciale)*. Przykrywszy osad tak zaprawiony szkiełkiem i ogrzawszy nad lampką do zagotowania usuwa się go potém i dodaje zwolna dopóty kwasu octowego kropla po kropli, dopóki parowanie jego na szkiełku ogrzaném się odbywa. Po oziębieniu bada się preparat pod drobnowidem przy powiększeniu 300 r. i widzi się między bezbarwnemi kryształkami soli kuchennéj mnóstwo kryształków małych, ciso zabarwionych pod postacią rombościanów.

Jedna z prób powyższych wystarcza do udowodnienia krwi w moczu, która w narządach moczowych pojawić się może w różny sposób, bo:

1) jako t. zw. *haemoglobinuria* lub *haematinuria* (moczeniekrwawe gałczeniowe);

2) skutkiem krwotoku miąższowego;

3) skutkiem pęknięcia większych naczyń krwionośnych.

Pierwsza forma moczenia krwawego odznacza się tém, że barwik krwi już w stanie rozpuszczonym dostaje się ze krwi do moczu, który nabiera odcienia czerwono-brunatnego lub ciso-czerwonego, oddziaływa zazwyczaj kwaśno i nie zawiera nigdy osadu złożonego z ciałek krwi czerwonych. Ciężar gatunkowy jego jest zmniejszony, w rozczynie można wykryć znaczną ilość hemoglobinu lub methemoglobinu, a w osadzie tylko czasami przybłonki ciso zabarwione i masę drobnoziarnistą również brunatnéj barwy.

W przypadkach krwotoku miąższowego czyli z naczyń włosowatych mocz nabiera odcienia czerwono-brunatnego lub brunatno-czarnego, zawiera również barwik krwi rozpuszczony, ale obok tego osad jego składa się z ciałek krwi, które jednak nie posiadają zwykłych kształtów krążkowatych z zagłębieniem w środku, lecz mają postać kulistą, a obok ciałek wielkości prawidłowéj znachodzą się inne jeszcze mniejsze lub nawet w postaci ziarenek *(Mikrocyten)*. Czasami ciałka krwi mają barwę cisą lub tracą zupełnie zabarwienie sobie właściwe i przedstawiają się jako pęcherzyki kuliste, bezbarwne. Odbarwienie to zawdzięczają ciałka krwi działaniu moczu, który odbiera im kwasoród (gałczeń krwi odkwaszony), szczególniéj w tych przypadkach, jeżeli mała ilość krwi domięszana do moczu pozostaje w ustroju przez czas dłuższy.

Krwotok znaczniejszy powstający skutkiem pęknięcia większych naczyń nadaje moczowi barwę jasno-czerwoną lub nawet w razie bardzo znacznéj ilości krwi barwę ciemno-czerwoną, podobną do krwi żylnéj. Oddziaływanie moczu jest obojętne, czasem nawet alkaliczne, jak krwi. Mocz sam nie jest zawsze barwikiem krwi zabarwiony i nieraz tworzy warstwę żółtą unoszącą się po nad znacznym osadem złożonym z ciałek krwi czerwonych, które pod drobnowidem posiadają wszystkie cechy ciałek prawidłowych, barwy żółtawo-czerwonéj, tylko bardzo skupiają się w ruloniki. W rzadkich przypadkach, jeżeli mocz jest bardzo zgęszczony, oddziaływa kwaśno i zawiera dużo soli, przybierają ciałka krwi postać gwiazdkowatą. W przypadkach krwotoku znaczniejszego zdarzającego się w narządach moczowych krew nie pozostaje przez czas dłuższy pod wpływem rozkładowym moczu, lecz wkrótce odpływa na zewnątrz, jak np. po pęknięciu żylaka przy ujściu pęcherza lub w części krokowéj cewki itp.

Opisane co dopiero formy moczenia krwawego mogą mieć swe źródło tak dobrze w pęcherzu, moczowodach, miedniczce nerkowéj, w nerce saméj, jak i w gruczole krokowym, szyjce pęcherza i cewce moczowéj, uwzględnić przeto należy dokładnie wszystkie co dopiero wspomniane części przewodu moczowego, gdyż najważniejszą rzecz dla lekarzy praktycznych stanowi dokładna znajomość źródła cierpienia, aby energicznie przeciw temuż zwrócić można zabiegi terapeutyczne.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Dr. Aleksander (w Akwisgranie): **O jednostronném porażeniu akomodacyi z rozszerzeniem źrenicy na podstawie kiłowéj.**

W ciągu 11-letniéj praktyki w Akwisgranie A. widział 28 przypadków jednostronnego porażenia akomodacyi i rozszerzenia źrenicy, z których 19 (a więc 68%) było niewątpliwie na podstawie kiłowéj, w 5 przypadkach (a więc 10%) kiła była prawdopodobnie podstawą, a tylko w 4 przypadkach (a więc tylko 14%) kiłę można było wykluczyć stanowczo; wprawdzie możnaby zarzucić, że w obec gromadzenia się ludzi cierpiących na kiłę u źródeł siarczanych w Akwisgranie stosunki przytoczone niczego jeszcze nie dowodzą, ale już Mooren w swoich *„Ophthalmolog. Mittheilungen“* z r. 1874 powiada: „Jednostronne porażenie akomodacyi jako wyraz istniejącéj mydryazy sprawdzać można przynajmniéj w $^2/_3$ przypadków tam, gdzie dawniéj istniała kiła. Jednak znam tylko jeden przypadek, w którym ślady poprzedzającéj kiły jeszcze były widocznemi.“

Według badań nowszych Hensena i Voelckersa zdaje się nie ulegać już wątpliwości, że nie tylko m. zwieracz źrenicy, ale i m. rzęskowy są zaopatrzone przez gałązki n. okoruchowego; otóż w późniejszych okresach kiły występuje czasem porażenie odosobnione tych dwóch gałązek n. okoruchowego; porażenie kiłowe zawsze jest jednostronnêm i jak się zdaje, zawsze ośrodkowêm, ponieważ w razie, gdyby siedziba cierpienia była obwodową, albo śródczaszkową ale pozamózgową, nierównie więcéj, a może i wszystkie gałązki n. okoruchowego byłyby zajęte. (Na to twierdzenie pisać się nie możemy; znamy przypadek, w którym porażenie było następstwem raka, wychodzącego z ciała prążkowanego, a przez sekcyję stwierdzonego, a przecież tylko kilka gałązek za życia było zajętych. *Sprawozd.)* Choroba przerzeczona należy do późnych, nawet do najpóźniejszych objawów kiły; od czasu infekcyi kilka (do 20 lat) minęło było, chorzy nie przypominali sobie już choroby swéj przed laty przebytéj, kobiety wyszły były za mąż i porodziły dzieci zdrowe, gdy nagle śród bardzo nieznacznych innych objawów, lub nawet przy braku takowych, porażenie wystąpiło. W największéj liczbie przypadków objawy (wtórorzędne), które bezpośrednio wystąpiły po infekcyi były lżejszemi, jakoto: różyczka *(roseola)* szybko przemijająca, lekkie zapalenie połyku (*pharyngitis*), które ustąpiło po kilku dawkach rtęciowych. Ulegali porażeniu szczególnym sposobem najwięcéj oficerowie i młodzi ludzie lepszych warstw społeczeństwa, którzy lekceważyli byli zarażenie, zwłaszcza, gdy następstwa onego, jak im się zdawało, zupełnie usunięte zostały. Przy lada sposobności atoli, jak np. po zaziębieniu, choroba odnowiła się w postaci porażenia częściowego. Przy badaniu A. znachodził zaledwie niejako ślady przebytéj kiły: ślady zapalenia tęczówki, kilka powiększonych gruczołów limfatycznych, odosobnione plamy barwikowe, a w jednym tylko przypadku znalazł wybitny łuszcz *(psoriasis)* języka i ust. Na porażeniu akomodacyi z przyczyn jasnych najwięcéj cierpią chorzy z oczami nadmiarowemi *(hypermetropia)*, mniéj ludzie z oczami miarowemi, a najmniéj krótkowidzący; czasem, ale nie zawsze, porażenie akomodacyi łączy się z mikropsią, tj. z widzeniem przedmiotów zmniejszonych.

Rokowanie co do porażenia akomodacyi jest niepomyślnêm; pomimo leczenia kilkomiesięcznego za pomocą środków rtęciowych, jodku potasu, prądu stałego i indukcyjnego, kalabaru i ezerynu, autor nie miał pociechy osiągnięcia choćby w jednym przypadku trwałego skutku; jedynie za pomocą odpowiednich szkieł wypukłych można po części zmniejszyć dolegliwości, wynikające z porażenia akomodacyi, podczas gdy stan ogólny może stać się wcale dobrym. Z drugiéj strony rokowanie têm jest niepomyślniejszêm, o ile choroba często (?) zwiastowuje zboczenia umysłowe.

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Porażenie akomodacyi na jednêm oku połączone z rozszerzeniem źrenicy najczęściéj jest przyrody kiłowéj.

2) Poprzedzające objawy kiły zazwyczaj bywały lekkiemi i szybko przemijającemi.

3) Porażenie akomodacyi należy do najpóźniejszych objawów kiły. (Na to twierdzenie zgodzić się niemożemy; znamy 5 przypadków tego cierpienia, które wystąpiły dość wcześnie. *Sprawozd.)*

4) Porażenie samo przez się jest nieuleczalne. (Polepszenia jednak widzieliśmy, nawet w przypadku, w którym w rok po porażeniu w mowie będących dwóch gałązek wystąpiło i porażenie innych gałązek n. okoruchowego. *Sprawozd.)*

5) Jest ono zawsze mózgowêm. (Twierdzenia tego A. nie udowodnił. *Sprawozd.)*

6) W wielu przypadkach porażenie to zwiastowuje chorobę umysłową. (Autor twierdzi, że jednostronne rozszerzenie źrenicy w psychiatryi uważanêm jest jako *malum omen;* ale to twierdzenie jest zbyt ogólnikowêm. Rzecz jasna, że w obec innych zboczeń umysłowych objaw wskazujący na cierpienie jednego z nerwów mózgowych ma wielką wagę, ale z samego porażenia kilku gałązek n. okoruchowego nikt jeszcze nie może wnosić o chorobie mózgowéj, a têm mniéj o zbliżającêm się obłąkaniu, lub obłędzie wielkości, jak autor się wyraża. Wprawdzie autor na 19 przypadków porażenia akomodacyi niewątpliwie na sprawie kiłowéj polegających widział 6 przypadków (a więc 33%) przechodzących w zboczenia umysłowe, ale myśmy w 5 przypadkach wyżéj wspomnionych, a bardzo dokładnie i przez długi czas obserwowanych, jakoteż w kilku innych ani razu najmniejszego zboczenia umysłowego nie zauważyli. *Sprawozd.) (Berl. klin. Wochenschr,* 1878. Nr. 21.) *L. B.*

Baelz (w Japonii): **O nitkach z ścięgien wielorybich w zastępstwie katgutu.**

Starszy lekarz sztabowy japoński Ischiguro widząc w drogości i w trudności transportu tak cennego materyjału, jakim jest katgut, przyczynę słabego jego rozpowszechnienia, użył nitek ze ścięgien wielorybich, które przez Japończyków bywają używane w przyrządach służących do czyszczenia bawełny. Nitka długości jednego metra waży 18 cg. i przerywa się dopiero przy obciążeniu 1940 gm. Po siedmiu dniach znika w ranie bez śladu. — Baelz przytacza kilka doświadczeń na zwierzętach, z których wynika, że nici te rzeczywiście łatwo bywają wessane i nie wywołują ropienia. *(Centralbl. f. Chirurgie* Nr. 21, 1878). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IIgie z dnia 13 lutego 1878.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 22.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia sekretarz zawiadamia, że p. K. Rząca właściciel fabryki napojów gazowych w Krakowie nadesłał wody lekarskie uproszczonego składu, przyrządzone według wskazówek udzielonych przez kom. baln.

1) Dr. Ściborowski zdaje sprawę z czynności komitetu, wybranego do sprawdzenia rachunków, odnoszących się do urządzenia zbiorowéj wystawy zdrojowéj na wystawie rolniczo-przemysłowéj we Lwowie. Udział zarządów zdrojowych w kosztach urządzenia wzmiankowanéj wystawy był następujący: Iwonicz złożył złr. 300. Krynica złr. 200. Truskawiec złr. 120. Rabka złr. 100, Lubień złr. 70, Szczawnica złr. 50. Żegiestów złr. 50. Razem na cele wystawy balneologicznéj złożono złr. 890. Z téj sumy wydano na budowę i urządzenie pawilonu baln. 689 złr. 78 c.; wydatki na korespondencyję, porto, cło 18 złr. 4 c; druki 6 złr. 67 c.; usługa 28 złr. 70 c.; podróże 32 złr. 14 c. Razem wydano 776 złr. 33 c. Pozostaje więc 113 i 67 c. Komitet sprawdził złożone rachunki, poparte dowodami, a znalazłszy zupełną zgodność oraz dokładne obliczenie tak co do zsumowania dochodów i wydatków, jakoteż porównania tychże i wypadek co do różnicy, udziela pod tym względem komitetowi

wystawowemu zupełne absolutoryjum. Przy téj sposobności referent z uwagi, że datki zdrojowisk przeznaczone były na cele podniesienia zdrojowisk krajowych, wnosi, aby kom. baln. pozostałą resztę przeznaczyła na wydawnictwo sprawozdań kom. baln. z r. 1877 oraz na potrzeby biblijoteki i muzeum. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto.

2) Dr. Wierzbicki odczytuje wypracowaną przez siebie szczegółową instrukcyję dla stacyj meteorologicznych niezupełnych w zdrojowiskach krajowych zakładać się mających; w instrukcyi téj autor zastanawia się nad zakresem spostrzeżeń meteorologicznych, obiorem miejsca dla stacyj i godzin dla czynienie spostrzeżeń, daléj opisuje szczegółowo używane przyrządy, sposób ich użycia i robienia spostrzeżeń termometrycznych, mierzenie ciepłoty zdrojów, ombrometrycznych, anemometrycznych, ozonometrycznych, stanu nieba czyli jego zachmurzenia, wreszcie podaje sposób zapisywania i obliczenia spostrzeżeń. Instrukcyja ta wkrótce ogłoszoną zostanie w roczniku Towarzystwa tatrzańskiego.

Przewodniczący wyraża wdzięczność za podjęcie myśli, wniknięcie w ducha potrzeby takiéj istrukcyi, w któréj badania meteorologiczne w przystępny sposób są przedstawione dla osób nieobeznanych z tego rodzaju badaniami i niemających przygotowawczych wiadomości z fizyki. Dr. Zieleniewski życzyłby sobie aby w téj instrukcyi zamieszczono wykaz kosztów sprawienia narzędzi i urządzenia saméj stacyi, oraz aby wskazano drogę sprowadzania narzędzi meteorologicznych, które przez znawcę winny być oceniane. Wnosi zatém, aby Dr. Wierzbicki zechciał przyjąć na siebie pośrednictwo w sprowadzaniu narzędzi dla takich stacyj. Obowiązek ten Dr. W. z przyjemnością przyjmuje. Dr. Ściborowski wnosi, aby w rozdziale o badaniu ciepłoty zdrojów zamieścić uwagi, w jaki sposób można sobie poradzić w braku opisanego specyjalnego cieplomierza zdrojowego.

3) Następnie Dr. Ściborowski odczytał w dalszym ciągu z swéj obszernéj rozprawy o Krzeszowicach ustęp o chorobach, w których używanie wód siarczanych jest wskazaném; z tych zastanawiał się nad gośćcem długotrwałym, osutkami przewłocznemi, krwistością brzuszną i jéj następstwami, cierpieniami narządu oddechowego, następstwami zranień i obrażeń, chorobami nerwowemi, zołzami i krzywicą, wreszcie nad otruciami metalicznemi i kiłą. Przy każdym dziale chorób dołącza uwagi, o ile wody krzeszowickie w tychże mogą być pomocne.

4) Daléj p. inżynier Łatkiewicz odczytał rozprawę o powiększeniu wydajności zdrojów, mającą głównie na celu zaznajomienie członków komisyi z zastosowaniem tak zwanych studzien pneumatycznych. Rzecz dotychczas próbowana na studniach i zdrojach wody zwyczajnéj wydała bardzo dobre rezultaty, co zaś do zastosowania tejże do zdrojów lekarskich brak jeszcze szczegółowych rezultatów. Prelegent wyłożył najprzód sposób powstawania źródeł a pomijając dawniejsze teoryje Arystotelesa, Pliniusza, Jeroma Cardana, Papina, Duchamela, Decartesa i Silberschlaga, które razem wzięte nie m ją umiejętnéj podstawy, przeszedł do teoryi, która opiera się na ścisłych pomiarach ilości spadłéj rocznie wody meteorycznéj i przyjmuje po raz pierwszy przez Backera podaną teoryję, że wszelkie na powierzchni ziemi pojawiające się źródła, zawdzięczają swe pochodzenie jedynie opadom meteorycznym. Następnie opisuje różne odmiany w pojawieniu się źródeł, tłumaczy wpływ na zdroje geologicznego układu warstw, powstawanie bagien i stateczność wydajności źródeł. Następnie przechodzi do wody zaskórnéj, tłumaczy zasadę jaką kierował się sławny w swoim czasie ksiądz Paramel w wyszukiwaniu źródeł, a mianowicie że kierunek i położenie warstw wodę zaskórną prowadzących odpowiada konfiguracyi gruntu na powierzchni ziemi. Daléj objaśnia sposób rozdzielania się wód meteorycznych w taki sposób, że $^1/_3$ spadłéj wody paruje, $^1/_3$ spływa po powierzchni a $^1/_3$ wnika w ziemię i zasila zdroje, przyczém zwraca uwagę, że na te stosunki wpływają nie tylko geologiczne ale i topograficzne właściwości terenu. Wydajność zdrojów czyni zależną od ilości spadłych opadów meteorycznych, zwlaszcza zdrojów wody zaskórnéj, nie tyle zaś zdrojów wypływających z głębszych warstw, ze skał i studni artezyjskich. Mówiąc o obliczeniach wydajności zdrojów streszcza znakomitą pracę Thiema, opartą na doświadczeniach Darcyego i Dupuita. Thiem podał wzór dla takich obliczeń, którego wartość i doniosłość sprawdzono na szeregu studzien w Salzburgu. Znając wartość współczynników zależnych od natury gruntu, w jakim źródło pojawia się, można za pomocą formuł Thiema obliczyć ilość dostarczanéj przez nie wody, czas w jakim napełniają się warstwy czyli galeryje filtrujące itp. zagadnienia hidrotechniczne, przyczém wykazać można sposoby najlepszego ujęcia zdroju. Wydajność źródeł wytryskujących ze skał zależną jest od umiejętnego uchwycenia czyli ujęcia zdroju po poprzedniém gruntowném zbadaniu natury źródła i dróg podziemnych, jakiemi przebiega. Wreszcie prelegent opisuje sposoby zwiększenia wydajności zdroju przez zastosowanie studzien pneumatycznych i uwidacznia je na rysunkach, a mianowicie: 1) przez utworzenie próżni w oprawie zdroju, przyczém woda podniesiona do pewnéj wysokości rozlewa się w zbiorniku, z którego cofnąć się nie może; 2) przez czerpanie wody ze studni szczelnie zamkniętéj za pomocą pomp odśrodkowych; 3) przy odpowiednim spadku przez zastósowanie liwaru. Takie studnie pneumatyczne zastósowano w Burton-on-Trent-Carmathen w Walii, w Chislehuset, Birmingham, West Thurrock itd. Systemu studzien pneumatycznych użyto w miejsce kosztownych galeryj podziemnych dla wodociągów. W tym celu szereg rur wbija się do warstw wodę prowadzących, łączy się je za pomocą rury głównéj, w któréj sztucznie tworzy się próżnia. Z téj rury idzie wprost woda do rur miasto zasilających. Skład chemiczny wody w ten sposób wydobywanéj ma się poprawiać, jak to okazano na posiedzeniu inżynierów w Londynie dnia 3 grudnia 1877.

Po odczytaniu téj rozprawy zabiera głos prof. Alth i w obszernéj przemowie wykazuje, że hermetyczne zamknięcie studni i wypompowanie powietrza jest niepotrzebne, jeżeli ciśnienie pod którém woda zostaje jest dostateczne. W ogóle sposoby powiększenia wydajności zdrojów polegające na zasadzie podanéj przez p. Łatkiewicza nie mogą ściśle rzecz biorąc powiększyć bezwzględnéj ilości wody przez zdrój dostarczanéj, gdyż wydajność zdroju zależy od ilości opadu i powierzchni, na jakiéj zbiera się opad meteoryczny zasilający zdrój. Jeżeli warstwy wodę wiodące są poziome, nie mając żadnego nachylenia, jak to ma miejsce w okolicach Krakowa, to sposób ów w saméj rzeczy ma pewną wartość i może mieć zastósowanie. Głównie jednak należy zwracać uwagę na stosunki warstw geologicznych, na ich nachylenie, od którego zależy również ilość wody przez zdrój dostarczanéj.

P. inżynier Łątkiewicz namienia, iż co do wód zaskórnych nachylenie powierzchni wskazuje nachylenie warstw. Prof. Dr. Alth oświadcza, że nie zawsze tak bywa. Naprzykład nachylenie warstw w Karpatach jest ku środkowi a nachylenie powierzchni odbywa się ku północy i południowi. Prof. Dr. Olszewski zgadza się z prof. Althem, że przez wypompowanie nie da się powiększyć bezwzględna ilość wody, namienia jednak, iż w niektórych przypadkach można powiększyć wydajność zdrojów za pomocą sposobu opisanego przez p. Łatkiewicza a to przez wydobycie wody z podziemnych zbiorników i dróg wodnych, która zazwyczaj bywa straconą. Pro . Dr. Alth zgadza się, że w pewnych warunkach sposób w mowie będący da się zastosować do zdrojów wody zwykléj, lecz obawiałby się powiększenia wydajności zdrojów wód lekarskich tym sposobem, można bowiem zmienić skład chemiczny takich wód. Inżynier Łatkiewicz również powątpiewa o zastosowaniu tego sposobu do powiększenia wydajności zdrojów prowadzących wody gazy zawierające, zwłaszcza kwas węglowy. Sekretarz nie potępia bezwarunkowo sposobu będącego w mowie dla powiększenia wydajności zdrojów wód lekarskich. Mając w naszéj mocy większe lub mniejsze rozrzedzenie powietrza możemy dowolnie ściągać wody meteoryczne wsiąkłe do głębi do warstw, w których odbywa się rozkład chemiczny i wyługowanie różnych soli. Sprowadzając do tych warstw większą ilość wody i przedstawiając ją w dłuższém z niemi zetknięciu możemy otrzymać większą ilość wody mineralnéj. Jestto jednak możliwość teoretyczna, którą należy sprawdzić za pomocą odpowiednich doświadczeń. Dr. Kwaśnicki zastanawia się nad urządzeniem zdrojów w Vichy, naturalnych, które wypływają z otworów wyłożonych skorupą wapienną i sztucznych, ujętych w rury miedziane. Pierwsze z nich wydają wodę w CO_2 obfitszą, z czego wynikałoby, że wpływ materyjału jest wyraźny i że rury metalowe szkodliwie wpływają na ilość CO_2 w wodzie zawartego. Zapytuje się przeto, z jakiego materyjału mogą być zrobione rury i pompy wodę wyprowadzające. Następnie Dr. K. wspomina, że w Vichy nad zdrojami urządzono zbiorniki, będące niejako rozszerzeniem zdrojów. Pomimo że w zbiornikach pełno wody i że Co_2 nie uchodzi ze zdroju, to jednak woda w zbiornikach

uboższa jest w CO_2. Ztąd wnosi, że użycie sposobu podanego przez inżyniera Łatkiewicza zmniejszy w wodach lekarskich ilość CO_2, tego nader ważnego czynnika balneologicznego P. Łatkiewicz namienia, iż najlepszym materyjałem dla pomp są rury metalowe; szyby ceglane na cemencie są przenikliwe dla gazów. W celu zasięgnięcia bliższych wiadomości co do zachowania się CO_2 w studniach pneumatycznych zawiązał korespondencyje z londyńskiém towarzystwem inżynierów i o rezultacie takowéj komisyję zawiadomić obiecuje. Prof. Dr. Olszewski nie podziela obaw Dra Kwaśnickiego co do wpływu materyjału na przepuszczanie CO_2. Żelazo, miedź nie przepuszczają tego kwasu w zwyczajnéj ciepłocie. Jeżeli w rurach metalowych tworzy się osad, to nie tworzy się on w skutek przepuszczania CO_2 przez metal lecz w skutek uchodzenia tegoż kwasu przez złe spojenia, przyczém woda prawdopodobnie nie wypełniała szczelnie rur. Nie obawia się również, aby pompy wysysające powietrze były przyczyną utraty CO_2 przez wodę, gdyż nie potrzeba tworzyć próżni, tylko hermetycznie zamknąć i rozcieńczyć powietrze.

Sekretarz *Dr. Lutostański.*

V. Ospa owcza w powiecie łańcuckim.

Napisał Dr. K. Kralczyński,
lekarz powiatowy.

Przystępując do ogłoszenia niektórych ciekawych spostrzeżeń, które mi się nasunęły podczas ospy panującéj pomiędzy owcami w tutejszym powiecie, powoduję się głównie przekonaniem, iż nie każdemu z lekarzy zostających w służbie rządowéj nadarzyła się sposobność obserwowania tylu przypadków. Wszyscy bowiem słyszeliśmy na ławach szkolnych o téj chorobie, czytaliśmy o niej w dziełach, aleśmy jéj nigdy nie widzieli u owiec. Bo różne są drogi naszego zawodu; jedni trudnią się wyłącznie leczeniem ludzi, wcale się nie troszcząc o choroby bydła domowego a drudzy chociaż zostają w służbie zdrowia publicznego nie mieli przecież sposobności obserwowania pomienionéj wysypki, która nie tak znów często pojawia się w owczarniach a owczarstwo w naszéj prowincyi nie jest znów tak bardzo rozwiniętém.

Rok 1877my jeżeli pozostawił dotkliwe a bolesne wspomnienie w rocznikach gospodarstwa wiejskiego, to stanie się zarazem nauką i drogoskazem objaśniającym niektóre punkty zaledwie z teoryi znane.

Przeszłoroczna choroba stadna dostarczyła ogromnego materyjału, lecz ponieważ chcę się zastósować ściśle do ram pisma, dla którego tych parę uwag poświęcam, przeto ograniczam się do niektórych uwag.

Ospa owcza jest chorobą gorączkową, występuje zawsze epizootycznie i raz tylko w życiu nagabuje owce, szerzy się drogą zarazy, przyrzut jest lotno-stały *(contagium volatile et fixum)* a jeżeli niekiedy nie możemy udowodnić przeniesienia zarazy, to jeszcze nie przemawia za tém, że ospa samoistnie powstaje. Warunki higijeniczne nie mają wpływu na ospę, gdyż ospa zjawia się w stadach dobrze odżywionych, jakoteż przy zupełném zaniedbaniu, równie w miejscach suchych, jak i w owczarniach nizko położonych; rodzaj, rasa i wiek nie mają najmniejszego wpływu. Że przyrzut jest lotnym i że nie koniecznie potrzeba bezpośredniego zetknięcia, przekonałem się, gdy ospa powstała we folwarku Wola mała w lipcu a w folwarku Wierzawice odległym o 4 mile pierwéj się okazała, aniżeli w Podzwierzyńcu odległym tylko o $\frac{1}{4}$ ćwierci mili od Woli małéj. Że w pewnym promieniu skóry owcze, wełna, drogi i pastwiska mogą się stać dobremi przewodnikami zarazy, o tém już jako o rzeczy wszystkim znajoméj przemilczam.

Ospa owcza ma pewne wybitne okresy, dające się ściśle od siebie odróżnić i tak mamy okres wylęgania, wybuchu, dojrzewania, przysychania; czas od początku do końca choroby oblicza się na 3 tygodnie, rozumie się, że to tyczy się jednéj owcy a ponieważ nie u wszystkich naraz wybucha ospa, przeto przy obliczaniu czasu należy postępować ogłędnie, bo liczba owiec w owczarni będzie dla lekarza wskazówką. — (500 owiec np. w owczarni będzie chorować od 4 do 6 tygodni).

Osutka sadowi się na miejscach wolnych od porostu wełny a zatém na wewnętrznéj stronie odnóg dolnych i górnych, na brzuchu, około części rodnych i pyska. Pojawia się tak, iż najprzód powstaje plamka czerwona podobna do plamki pochodzącéj od ukąszenia pchły, potém guziczek z obwódką a ten albo pozostaje powierzchownym albo sięga głębiéj w siatkę Malpighiego, brodawki, w końcu powstaje pęcherz. Te pęcherzyki są różnéj wielkości a to od wielkości grochu aż do wielkości półcenta i zawierają ciecz przeźroczystą z odcieniem żółtawym, lepką, ciągnącą się nieco; ciecz ta mieści się w licznych komórkach niby przegródkach. Tą to budową pęcherzyka różni się ospa od innéj pęcherzykowatéj u owiec osutki. Pomieniona ciecz w pęcherzykach późniéj gęstnieje, zamienia się w ropę, następnie gęstnieje ta ropa i zsycha wraz z otaczającym ją naskórkiem, przez co pęcherz nabiera barwy żółtawéj, potém ciemno brunatnéj, przyczém przemienia się w strup, któren po paru dniach zaczyna się oddzielać od brzegów ku środkowi a nakoniec odpadając pozostawia bliznę wklęsłą, zaczerwienioną.

Odróżniają rozmaite formy ospy, i tak mamy ospę prawdziwą, rzekomą, ospicę spływającą, złośliwą czyli zgorzelinową, spłaszczoną, brodawkowatą. Opisem poszczególnych form nie będę szan. czytelników nużył, wspomnę tylko o jednéj formie, a tą jest ospa złośliwa. Forma ta odznacza się pryszczami barwy ciemnéj zawierającemi ciecz posokowatą; skóra na tém miejscu rozpada się zgorzelinowato, skutkiem czego powstają głębokie wrzody a w końcu posocznica i o téj to formie wspomina ustawa z r. 1859, gdy nakazuje owce nią dotknięte natychmiast zabijać, ponieważ takowe pomnażają tylko liczbę przypadków, wcale nie rokując na przyszłość pomyślnie. Zabijaniem osiągamy ten sam cel co i w księgosuszu.

Zmiany wewnętrzne są nieliczne, a nadto nie bardzo charakterystyczne. Nieżyt nozdrzy mocny, śluz gęsty wypływający, tu i owdzie zeschły, tamujący dostęp powietrza do dróg oddechowych za życia, ślady zapalenia lub nawet ropienia w gruczołach limfatycznych, błony zaś śluzowe dróg oddechowych w stanie nieżytu ostrego, ogólna niedokrewność wszystkich narządów ustroju.

Z powyższego wynika, iż rozpoznanie téj choroby osutkowéj jest bardzo łatwe. Pojawia się jeszcze u owiec świerzb i osutka pęcherzykowata w chorobie racic i pyska, lecz ta ostatnia występuje tylko około racic wyłącznie a świerzb jest znów tak charakterystycznym, że podawanie oznak onegoż za zupełnie zbyteczne uważam.

Jeżeli ospa u ludzi jest bardzo niebezpieczną chorobą to u owiec ta groza tém jaskrawiéj występuje, dla togo też wedle ustaw obowiązujących winien każdy właściciel, skoro tylko spostrzeże w swéj owczarni jaką osutkę, zawiadomić o tém natychmiast władzę administracyjną. Rozporządzeń i ustaw przytaczać nie będę, znane one są bowiem każdemu lekarzowi powiatowemu. Lekarz powiatowy lub inny delegowany z ramienia Rządu przybywszy na miejsce, powinien, je-

żeli tylko stosunki miejscowe na to pozwalają, podzielić owce na małe gromadki, bo nauczyło mnie doświadczenie uczynione w Ozaninie, iż na 212 owiec padło tylko 35 a zatém stracono 12%, a nadto oznajmić właścicielowi owczarni, że utraci od 30% do 40%, nie zaś jak czytamy w dziełach, 6% do 10%, rozumie się, iż przy oznaczeniu odsetki trzeba mieć zawsze na uwadze ogólny stan owiec, to jest im lepiéj odżywione, lepiéj utrzymywane, tém mniejszy procent i odwrotnie. Do niniejszego twierdzenia zniewala mnie rezultat, jaki otrzymałem w dobrach ordynacyi łańcuckiéj, i tak na Woli małéj na 666 sztuk owiec zginęło 180, w Podzwierzyńcu na 889 zginęło 262, we folwarku Głuchowie na 761 owiec padło 252, zatém strata wynosi 30% prawie; we folwarku Żołyni na 282 zginęło 48, zatém znów 17%; nakoniec w Wierzawicach na 966 padło 144, czyli 15%. W ordynacyi przeworskiéj we folwarku Rogoźnie na 188 padło 81 owiec (43%), w Kozinie na 572 padło 75 (15%). Dodaję tu, że taki procent otrzymano przy ospie rodziméj, przeprowadziwszy atoli szczepienie tak zwane z konieczności.

Ospa pomiędzy owcami jest więc chorobą morderczą, a zachodzi pytanie, co czynić lekarzowi lub weterynarzowi delegowanemu wypada. Na to pytanie odpowiadam, iż oprócz obowiązku wskazanego ustawą z roku 1859 do L. 32592 w ustępach 53, 54, 55, ma natychmiast rozpocząć szczepienie z konieczności, biorąc limfę z pęcherzyków ospy rodziméj w okresie dojrzewania, jeżeli nie ma zapasowéj limfy. W jaki zaś sposób zbiera się limfę, o tém nieco niżéj wspomnę.

Na tém miejscu niech mi wolno będzie wyrazić moje przekonanie, iż celem powstrzymania szerzenia się zarazy dobrzeby było przeprowadzić i szczepienie ochronne w sąsiednich owczarniach, a nadto wypada, żeby takie szczepienie było nakazane ustawą. Do powyższéj propozycyi nakłania mię mylne twierdzenie niektórych autorów, że przyrzut ospy działa tylko na pewną odległość np. 200 do 300 kroków, po za którą owczarnie pozostają nietknięte, co jest błędném. Moje doświadczenie pouczyło mię całkiem przeciwnie. Przy przenoszeniu i kierunek wiatru zdaje się mieć pewne znaczenie. U nas wieje wiatr przeważnie zachodni, to też wszystkie owczarnie w kierunku za wiatrem były objęte zarazą, gdy przeciwnie pod wiatr ani jedna owczarnia nie była nagabniętą.

Zbieranie limfy odbywa się w następujący sposób: Pęcherzyki piękne w okresie dojrzewania nacina się albo raczéj nakłówa w kilku miejscach a wydobywającą się limfę zbiera się albo do małéj flaszeczki oblepiając korek lub zatyczkę szklaną lakiem lub woskiem, albo do rurek włosowatych zatapiając obydwa końce, albo nakoniec składając na szkiełko. Tym lub owym sposobem zebrana limfa przechowuje się w miejscu nie zbyt ciepłém ani zimném, ale zawsze suchém i chroniącém ją od rozkładu. Limfę można rok i więcéj przechować a dwa gramy wystarczą do szczepienia 1000 owiec prawie. Jeżeli się ma limfę zasuszoną na szkiełku, to chcąc jéj użyć do szczepienia rozpuszcza się ją wodą.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 30 maja. Temi dniami rozpoczął się druk laryngoskopii Dra Antoniego Jurasza, docenta w Heidelbergu, znanego czytelnikom Przeglądu z kilku cennych prac, w piśmie naszém umieszczonych. Dzieło to, które powiększy niezbyt liczny szereg dzieł lekarskich oryginalnych w języku polskim pisanych, wychodzi nakładem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

* Według nadesłanych nam wykazów do dnia 26 maja bawiło w Cieplicach czeskich (Teplitz-Schönau) gości 1425.

* W 2 zeszycie 35 tomu *„Allg. Zeits. f. Psychiatrie,“* który wyszedł przed kilkunastu dniami, umieszczoną jest rozprawka Dra Rothego w Warszawie pt. *„Torquato Tasso. Eine psychiatrische Studie.“*

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 20 (od 12—18 maja) umarło w Krakowie osób 43; 24 mężczyzn i 19 kobiet; 23 osób umarło w obwodach i 20 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 39,9; a we Lwowie 32,1; w Warszawie 41,2; w Wiedniu 34,7; w Budapeszcie 45,9; w Pradze 54,9; w Bazylei 26,2; w Paryżu 24,8; w Londynie 20,1; w Kopenhadze 19,4; w Chrystyjanii 22,8; w Petersburgu 65,8; w Odessie 42,7; w Berlinie 32,9; w Monachijum 32,8; w Królewcu 36,9; w Dreznie 28,2. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 9 osób, mianowicie; 2 osoby z ospy nieszczepione, z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 2, z zimnicy 1, z róży 1, z nosacizny 1.

* **Wiedeń**. D. 28 bm. odbyło się posiedzenie walne Akademii Umiejętności, na którém prezydentem obrany został na następne 3 lata radzca dworu baron Rokitansky, który najwyższą tę godność naukową piastuje już od r. 1869. Członkami korespondentami klasy matematyczno-przyrodniczéj wybrani: zoolog Brauer w Wiedniu, fizycy Fechner w Lipsku i Thomson w Glasgowie, oraz Teodor Schwann w Leodyjum.

* **Niemcy**. W półroczu zimowém ubiegłém liczba uczniów w wydziałach lekarskich wynosiła: w Würzburgu 498, w Monachijum 477, w Lipsku 365, w Berlinie 345, w Gryfii 218, we Wrocławiu 168, w Erlandze 166, w Strasburgu 150, w Fryburgu 147, w Tybindze 146, w Królewcu 134, w Bonie 126, w Getyndze 115, w Hali 106, w Marburgu 100, w Giessen 95, w Kielu 82, w Heidelbergu 79, w Jenie 73, w Rostoku 36.

Prof. R. Volkmann wybrany został na rok przyszły rektorem uniwersytetu w Hali. — Proff. Bartels i Huguenin ciężko zachorowali.

* Kanclerz cesarstwa niemieckiego przedłożył Radzie związkowéj następujący projekt ustawy, tyczący się obowiązku donoszenia w razie pojawienia się chorób niebezpiecznych dla ogółu. (porówn. Nr. 11 Przegl. Lek. z rb.) §. 1. O każdym przypadku cholery lub ospy lekarz ordynujący, jakotéż głowa rodziny, w któréj przypadek się pojawia, donosić winni władzy policyjnéj najbliższéj najdaléj w przeciągu 12 godzin po otrzymaniu wiadomości, oraz wymienić nazwisko, wiek, zamieszkanie i zatrudnienie chorego. Jeżeli nie ma głowy rodziny, lub jeżeli takowa doznaje przeszkody, obowiązany jest donosić ten, w którego pomieszkaniu lub domu przypadek się zdarza. §. 2. Rada związkowa może uchwalić, aby lekarze oraz akuszerki w przypadkach chorób u położnic, obowiązani byli donosić także o pojawieniu się innych chorób, dla ogółu niebezpiecznych. §. 3. Kto nie wywięzuje się z obowiązku włożonego nań wedle §§. 1 i 2 karany będzie grzywną aż do 100 marek. Dochodzenie w przypadku w §. 1szym przewidzianym nie nastąpi, jeżeli doniesienie, jakkolwiek nie ze strony głównie obowiązanych, przecież na czasie miało miejsce. Przepisy krajowe, daléj idące pod względem obowiązku donoszenia, nie ulegają zmianie przez niniejszą ustawę. *(Berl. klin. Woch. 1878, Nr. 21.)*

* Słynny deputowany pruski Löwe (z Calbe), doktor medycyny, objął zarząd lekarski kąpieli solnych w Salzschlirf.

* Tegoroczny Zjazd psychijatrów niemieckich odbędzie się w Kassel w d. 14 i 15 czerwca pod przewodnictwem Dra Nassego. Ze sprawozdań i wykładów zapowiedzianych już zasługują na uwagę: „Jak dalece psychijatrzy niemieccy przyczynić się mogą do zwalczenia nadużycia napojów wyskokowych,“ — (sprawozd. Nasse), — „O dozorze państwa nad zakładami dla obłąkanych, jego potrzebie i sposobie przeprowadzenia“ — (sprawozd. Zinn), — „O śnie epileptycznym i śnie w ogóle“ (Siemens).

Dr. Ripping, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Siegburgu, autor dziełka omówionego przez nas w Przegl. Lek., przeniósł się do Düren.

*** Kijów.** Prof. Akuszeryi Dr. Matwiejew, rektor uniwersytetu, w skutek rany głowowéj, którą poniósł był śród ostatnich zamieszek studenckich, popadł w chorobę umysłową.

*** Mianowania i odznaczenia.** W miejsce Bischoffa dyrektorem zakładu anatomicznego w Monachijum zamianowany został prof. Rüdinger. — Honorowym (bezpłatnym) ordynatorem do chorób ocznych w zakładzie oftalmicznym imienia ks. Lubomorskich w Warszawie wybrany został na mocy konkursu Dr. Gepner. *(Gaz Lek.)*

*** Nekrologija** D. 25 bm. umarł we Wiedniu znakomity fizyk radzca dworu baron Andrzej Ettingshausen.

Nowy sposób napełniania wody żegiestowskiéj. Sposób, w jaki napełnia się wody mineralne, przeznaczone do rozsyłki, jest rzeczą wielkiéj wagi nie tylko dla zakładów zdrojowych, ale także dla chorych i lekarzy. Ażeby wody mineralne używane po za zdrojem przyniosły pożądany skutek, potrzeba aby zachowały te same przymioty we flaszkach napełnione, jakie w zdroju posiadają. Najłatwiéj rozkładają się we flaszkach wody żelaziste. Przyczyną tak łatwego rozkładu szczawy żelezistéj, jak się przekonano, jest działanie tlenu powietrza atmosferycznego. W skutek jego działania żelazo w wodzie zawarte utlenia się, tworzy się tlenek żelazowy, który jako wodnik żelazowy osadza się z początku w postaci pyłu pływającego w wodzie, a następnie w kształcie osadu na dnie i ścianach flaszki. Przy napełnianiu zatém szczawy żelazistéj do flaszek zależy jak najwięcéj na tém, aby się powietrze atmosferyczne do flaszki nie dostało. Nowsze sposoby napełniania polegające na zastąpieniu powietrza we flaszce gazem kwasem węglowym doprowadzanym z gazometru nie zupełnie odpowiedziały swemu przeznaczeniu, gdyż wymagają wiele czasu a nie zapobiegają tworzeniu się osadu z wodnika żelazowewego, który jeżeli nie wkrótce po napełnieniu flaszek, to po kilku miesiącach dostrzedz się daje.

Z tego powodu zrobiono w Żegiestowie próbę napełniania wody w sposób następujący: Wodą mineralną napełnia się flaszka pod zwierciadłem wody i stawia się ją całkiem pełną na maszynę przeznaczoną do korkowania, podczas gdy dotychczas aby uniknąć rozsadzenia flaszki musiano tyle wody z flaszki ulać, ile korek miejsca w szyjce flaszki zająć mógł, w skutek czego zawsze jakaś ilość powietrza pod korek dostać się musiała. Z maszyny wystaje wydrążona igła, która wchodzi pomiędzy wewnętrzną ścianą szyjki a korkiem do flaszki. Po naciśnięciu tłoku maszyny na korek uchodzi z flaszki nie tylko powietrze ale nadto i tyle wody ile korek zajął miejsca w szyjce flaszki. W ten sposób nie ma ani śladu powietrza we flaszce i woda od kilku tygodni napełniona nie okazała ani śladu osadu wodanu żelazowego. To doświadczenie nie tylko stwierdza przekonanie, że tlen powietrza atmosferycznego wywołuje rozkład żelaza, ale nadto nadaje szczawie żegiestowskiéj używanéj w leczeniu po za zdrojem nie pospolitą wartość leczniczą.

Dr. Tytus Szczepański, lekarz zdrojowy.

Uwaga Redakcyi. Sposób powyższy napełniania wody żegiestowskiéj, który zdaje się rokować wielką przyszłość dla napełniania szczaw żelezistych w ogóle, podany został przez jednego z członków podkomisyi, wyznaczonéj z łona komisyi balneologicznéj Tow. lek. krak. do wynalezienia najlepszego sposobu chroniącego od rozkładu szczawy żelaziste. Zanim wnioski podkomisyi przyjdą pod obrady pełnéj komisyi balneologicznéj, woda żegiestowska w sposób powyższy napełniona i przedstawiona kom. baln. na posiedzeniu w dniu 22 maja br. oddaną została do ocenienia prof. Drowi Olszewskiemu, który zapewne wkrótce zdanie swe pod tym względem kom. baln. przedłoży.

Redakcyja otrzymała:

Bericht über die Wirksamkeit der Augenklinik des Dr. Ludwig Jany zu Breslau in den Jahren 1875, 1876 u. 1877. I Theil. Breslau 1878 L Freund, in 8vo str. 36

Dra Kol. Skórczewskiego: Przyczyny i wywód chorobowy niektorych postaci zwątlenia (atonii) żołądka i jelit, oraz leczenie tego cierpienia w Krynicy. (Osobne odbicie z Pam. warsz. Tow. lek. z r. 1878). Warszawa 1878, str. 58.

Piśmiennictwo lekarskie. RANVIER L. Leçons sur l'histologie du systéme nerveux, 2 vols avec 12 pl. chromolitogr. et figures dans le texte. 8 Paris F. Savy. Fr. 25.

SIGMUND RITTER v. ILLANOR, CARL, die Wiener Klinik f. Syphilis. Ein Rückblick auf ihr 25 jähr. Bestehen gr. 8 Wien Braumüller M. 1

VERHANDLUNGEN der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 6. Congress, abgeh. zu Berlin, vom 4—7 April 1877. Mit 6 (lith.) Taf. Abbildgn. u. (eingedr.) Holzschn. gr. 8. Berlin A. Hirschwald. M. 12.

VERÖFFENTLICHUNGEN d. kaiserl. deutschen Gesundheitsamtes. 2 Jahrg. 1878. 52 Nrn. Fol. Berlin Norddeutsche Buchdr. u. Velagsanstalt M. 10.

Dr. Fr. HERSING: Compendium der Augenheilkunde, 2 Aufl F. Enke Stuttgart 1878. 6 marek.

RUGE u. VEIT: Zur Pathologie der Vaginalportion. Erosion u. beginnender Krebs. F. Enke, Stuttgart 1878. 3 m. 60 f.

W. WUNDT: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, 4te umg. Aufl. F. Enke, Stuttgart 1878, 16 marek.

Dr. J. UFFELMANN: Darstellung des auf d. Gebiete d. öffentl Gesundheitspflege in ausserdeutschen Ländern bis jetzt Geleisteten. Gekrönte Preisschrift. G. Reimer, Berlin 1878, 10 marek.

Dr. P GUTTMANN: Jahrb. für pract Aerzte 1 Bd. 1 Abth. A. Hirschwald, Berlin 1878. (Cena całego rocznika z 3 części składać się mającego 17 marek.)

Dr. O. ZIEMSSEN: Zur Therapie der constitutionellen Syphilis, Vogel, Leipzig 1878 1 20 m.

Prof. L. LANDOIS: Beiträge zur Transfusion des Blutes, Vogel, Leipzig 1878, 1 m.

Archiv, deutsches f. Geschichte der Medicin u medicinische Geographie. Red. u. hrsg. v. H. u. G. Rohlfs, 1 Bd. 4 Hfte. Leipzig, Hirschfeld. M. 12.

BERNARD'S C. Vorlesungen üb. den Diabetes u. die thierische Zuckerbildung. Deutsch hrsg. u. ergänzt v. C. Posner, Berlin, Hirschwald. M 8.

Handbuch der Kinderkrankheiten, hrsg. v. C. Gerhardt. 3 Bd. 1 Hälfte Tübingen, Laup. M. 8.50.

RITTER v. RITTERSHAIN F: die Gesundheitspflege d. jüngern Kindes. Prag, Deutscher Verein. m. 1.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 5 czerwca o godz. 5téj po południu posiedzenie zwykłe, na którem: 1) kol. Lutostański będzie mieć wykład poprzednio zapowiedziany, 2) kol. Kwaśnicki odczyta rzecz o durze powrotnym u dzieci, 3) kol. prof. Blumenstók opowie przypadek sądowolekarski.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w Kościanie: Odbitki przesłaliśmy.

Do numeru dzisiejszego dołącza się regulamin obowiązujący w zakładzie leczenia wodą „Fürstenhof" w Styryi zostającego pod kierunkiem Dra Czerwińskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 8 Czerwca 1878. № 23. Rok XVII.

I. Z oddziału chirurgicznego Dra Obalińskiego w Krakowie.

II. Ropień w płucu niezwykłéj wielkości.

Skréślił Dr. J. Radek,
Sekundaryjusz tegoż oddziału.

Feliks T., mężczyzna 44 lat liczący, żonaty, kowal, opowiada, że sobie nie przypomina, aby kiedykolwiek chorował, aż dopiero w roku 1876 na początku października dostał zimnicy, która trwała przez trzy miesiące; w styczniu 1877 dostał gorączki, kłócia w boku lewym a równocześnie duszności i mocnego kaszlu, któreto przypady z wyjątkiem kłócia do tego czasu się utrzymują, na początku zaś kwietnia powstał po stronie lewéj klatki piersiowéj obrzęk, w skutek czego udał się do szpitala św. Łazarza, gdzie téż przyjętym został na oddział chirurgiczny dnia 21 kwietnia 1877 r.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego silnéj budowy ciała, źle odżywiony, powłoki ciała blado-żółte, błony śluzowe blade, na twarzy bardzo wybitna sinica, odnogi górne i dolne sinawe zimne, całe ciało pokryte potem zimnym. Ciepłota pod pachą mierzona 38° C., tętno 120 drobne i miękkie, oddech bardzo utrudniony 60 na minutę, chory nie może mówić z powodu mocnego kaszlu, przyczém wypluwa prawie czystą ropę w znacznéj ilości. Klatka piersiowa po stronie lewéj więcéj wypuklona aniżeli po prawéj okazuje międzyżebrza zupełnie wyrównane i przy oddychaniu wcale się nie porusza; natomiast po stronie prawéj są stosunki prawidłowe. Po stronie lewéj z przodu w miejscu sutka znajduje się ropień wielkości pięści, a nieco poniżéj i na zewnątrz od niego w przedniéj linii pachowéj znachodzi się drugi ropień takiéj saméj wielkości lecz mniéj wypukły. Przy wdechu napięcie tych ropni maleje, przy wydechu zaś i przy kaszlu znacznie się wzmaga; przy ucisku dłonią ropnie się zupełnie zapadają a chory doznaje przytém większéj duszności i kaszlu. Otoczone są one wałami zapalnemi i niekomunikują z sobą bezpośrednio, lecz za pośrednictwem jamy znachodzącéj się za żebrami. Uderzenia serca nie widać ani go wyczuć nie można z powodu ciągłego kaszlu. Wypuk po stronie lewéj w linii sutkowéj od szczytu do trzeciego żebra stłumiony bębenkowy, poniżéj aż do samego łuku żebrowego zupełnie tępy, tępość ta dochodzi aż do połowy mostka ku stronie prawéj. Po stronie prawéj od szczytu aż do 6tego żebra jawny pełny. Z tyłu po stronie lewéj wzdłuż łopatki przy kręgosłupie bębenkowy zresztą zupełnie tępy, po stronie zaś prawéj jawny pełny. Wysłuch: po stronie lewéj z przodu i w linii pachowéj wdech i wydech niesłyszalny, po stronie zaś prawéj w szczycie wdech i wydech nieoznaczony, poniżéj pokryty furczeniami. Z tyłu po lewéj wzdłuż łopatki przy kręgosłupie wdech i wydech oskrzelowy, zresztą zupełnie zniesiony, po prawéj wdech i wydech pokryty bardzo licznemi furczeniami. Fremitus pectoralis i bronchofonia po lewéj zupełnie zniesione. Wysłuch serca najwyraźniejszy nad wyrostkiem mieczykowatym mostka, tony sercowe zupełnie czyste ale słabe. Wątroba sięga na dwa palce poniżéj łuku, śledziona tak samo pod łukiem macalna.

Polegając na badaniu fizyczném klatki piersiowéj mniemaliśmy, że mamy do czynienia z otokiem opłucnéj lewéj, który się z jednéj strony wydobył pod skórę tworząc wyżéj wspomniane ropnie *(Empyema necessitatis)*, z drugiéj zaś strony przebił się do oskrzeli i tym sposobem sprowadził plwociny ropiaste.

Na téj podstawie, jakotéż mając wzgląd na stan ogólny chorego w obec rozpoczynającéj się nabrzękłości płuca prawego przecięto zaraz tego samego dnia międzyżebrze o godzinie 6 wieczorem w linii pachowéj przedniéj między 5 a 6tém żebrem na granicy wału zapalnego od ropnia drugiego, otworzono jamę opłucnéj i założono dren około 30 cm. długości, poczém wylało się około jednego litra ropy, którą wypuszczano w przestankach. Zaraz potém kaszel ustąpił prawie zupełnie, duszność i sinica się znacznie zmniejszyły, chory zaś napiwszy się wina orzeźwiony zasnął.

Następnego dnia rano ciepłota 36°, tętno 90, duszności nie ma, kaszel bardzo mały, chory czuje się dobrze, w nocy

zmieniono opatrzenie i łóżko, bo wszystko było przesiąknięte ropą, zresztą spał dobrze, ropy wychodzi jeszcze bardzo dużo, ropnie zupełnie się zapadły. Badanie płuc wykazuje z przodu do 4 żebra a z tyłu do połowy łopatki wypuk jawny i pełny, wdech i wydech w tych miejscach nieoznaczony, po stronie prawéj furczeń nie ma, zresztą jak poprzednio. Ciepłota wieczorna 37·6° C.

Dnia 23/4. Chory miał się do północy dobrze, po północy zaś dostał dreszczu, duszności i kłócia w boku prawym, rano 39·4° C. Badanie klatki piersiowéj niewykazało po stronie lewéj żadnych zmian, po prawéj zaś z tyłu od dolnego końca łopatki wypuk przytępiony, wdech i wydech nieoznaczony, tarcie. Chory miał się od tego czasu coraz gorzéj, a następnego dnia o godzinie 6 z rana zakończył życie.

Przy sekcyi wykonanéj przez Dra Ponikłę w zakładzie anatomo-patologicznym pokazało się, że opłucna płuca lewego była zrośnięta z opłucną żebrową a w miejscu dolnego płatu i części płatu górnego znachodziła się jedna jama pokryta warstwą tkaniny wrzekoméj i zawierająca cokolwiek ropy, po stronie zaś prawéj świeże zapalenie ropne opłucnéj, przebicia z lewéj strony ku prawéj nie było; ropnie będące na klatce piersiowéj po stronie lewéj komunikowały z jamą bezpośrednio, pozostały kawałek płuca lewego, jakotéż i płuco prawe były obrzękłe.

W tych warunkach, w jakich chory do nas przybył było rozpoznanie ropnia w płucu niemożebném; bo zaledwie mogliśmy pobieżnie uskutecznić badanie a już trzeba było zabrać się do energicznego leczenia, gdyż chory z powodu sinicy i duszenia się był prawie w niebezpieczeństwie życia.

Wprawdzie mieliśmy plwociny obfite ropiaste, lecz one same jako takie nie wystarczają jeszcze do rozpoznania ropnia, gdyż tak dobrze mógł się przebić do oskrzela także otok opłucnowy; żeby zaś z plwocin módz wnosić na ropień w płucu trzeba w nich wykazać makroskopijne kawałki płuc i mikroskopijne włókna elastyczne. Na tak jednak dokładne badanie zbywało nam czasu.

Możnaby zarzucić, żeśmy późniéj tego nie uczynili; lecz każdy przyzna, iż trudno przypuszczać ropień w płucu tam, gdzie się ma przed sobą tak wielkie stłumienie, gdzie są ropnie zewnętrzne *(empyema necessitatis)* i gdzie po przecięciu wypuściło się tak znaczną ilość ropy (1 litr); przeto w obec znakomitéj natychmiastowéj ulgi chorego pozostaliśmy przy początkowém naszém rozpoznaniu.

Dodać należy, że utrudniła rozpoznanie w obecnym przypadku także i wielkość ropnia, przeto zwracam szczegółowo jeszcze raz na nią uwagę szanownych czytelników, gdyż w literaturze nie zdarzyło się dotąd spotkać opis ropnia w płucu tak znacznéj wielkości, nie wspomina nawet o tem Leyden w ostatniéj swéj monografii. Również i to zasługuje na uwagę, że ropień dał w obecnym przypadku powód do tak groźnych przypadów i że przypady te ustąpiły po przecięciu klatki piersiowéj. Jest nawet rzeczą bardzo prawdopodobną, że gdyby nie było wystąpiło ostre zapalenie opłucny po drugiéj stronie, byłoby przyszło do zagojenia się téj znacznéj jamy; sądzę nawet, że nie byłoby od rzeczy w podobnym przypadku, jak ten, wykonać wypiłowanie kilku żeber w takim razie, gdyby gojenie jamy się opóźniało, tak, jak to czynimy przy dużych jamach pozostałych po otokach opłucnowych.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok.**

II. Morderstwo przy ulicy Floryjańskiéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21.)

III. Co do czasu śmierci.

7) Według zeznania świadków znaleziono Józefę K. około godziny 10téj wieczór bez życia, a wtedy ciało jéj miało już być zimném, a ręce sztywnemi. Gdybyśmy na tém podaniu polegać mogli, wtedy musielibyśmy oświadczyć się za tém, że śmierć jéj nastąpiła przynajmniéj na 6 godzin przed 10tą, albowiem jeden tylko znany jest przypadek, w którym stężenie pośmiertne w rękach wystąpiło już w 6 godzin po śmierci; zazwyczaj występuje ono dopiero po upływie 10 godzin. Utrata zaś ciepłoty właściwéj ciału człowieka żyjącego następuje również po upływie kilku godzin po śmierci, zwłaszcza, jeżeli zwłoki leżą w miejscu chłodném i nie są dobrze odziane lub przykryte, czego jednak w tym przypadku nie było. Z tego powodu podaniu wyżéj wspomnionemu wiary dać nie możemy; co najwięcéj mogła koło godziny 10téj ręka denatki, jako nie przykryta, być chłodną, ale wątpić należy, ażali była sztywną. Z drugiéj strony nie ulega wątpliwości, że ciało Józefy K. było bardzo skłonném do rozpadu, ponieważ przy oględzinach uskutecznionych przez nas dnia następnego o godzinie 2giéj popołudniu barki i brzuch już były zielono zabarwionemi.

8) Uwzględniając wszystkie przytoczone tu okoliczności sądzimy, że śmierć Józefy K. prawdopodobnie nastąpiła na kilka godzin przed znalezieniem jéj zwłok, a w szczególności, ze Józefa K. pozbawioną została życia koło godziny 7méj wieczór, albo nawet wcześniéj, oczywiście, jeżeli przynajmniéj podanie, że koło godziny 10téj ręce już były zimne, zasługuje na wiarę. Gdyby zaś i to podanie okazało się nie prawdziwém, wtedy niemoglibyśmy wcale wykluczyć możebności, że śmierć Józefy K. nastąpiła i znacznie późniéj.

IV. Co do narzędzi.

9) Pod względem użytych narzędzi odróżnić musimy trojakiego rodzaju obrażenia znalezione na zwłokach Józefy K., a mianowicie:

a) Dwie rany nad kością ciemieniową prawą, oraz rana nad kością ciemieniową lewą, następnie rany przed i za uchem prawém, a wreszcie stłuczyna na brodzie, połączona ze złamaniem szczęki dolnéj, zadane zostały narzędziem tępém ale kanciastém.

b) Trzy ranki okrągłe na czole i takaż ranka przed uchem prawém zadane zostały narzędziem, zakończonem nieco okrągło i śpiczasto, a z uwagi, że ranka ostatnia lejkowato zapuszczała się w głąb na kilka cm., wnosić wypada, że narzędzie to było kłójącém, dość długiem.

c) Złamanie 3 żeber po stronie prawéj i jednego po stronie lewéj oraz podbiegnięcie krwawe powłok nerkowych zdziałane zostały przez ugniecenie narzędziem tępém.

10) Narzędzie tępe, którém zdziałane zostały rany pod lit. *a)* opisane musiało być bardzo ciężkie i użytém z bardzo wielkim zamachem, sądząc po zniszczeniach, które wywołało. Albowiem skutkiem uderzeń zadanych w sklepienie nie tylko takowe zgruchotaném, a odłamki wielkie wgniecione zostały głęboko w istotę mózgową, ale nadto uległa

pęknięciu przez odbicie i podstawa czaszkowa. Jeżeli uwzględnimy, że narzędzie to działało nie bezpośrednio na głowę, lecz — jak później wykażemy — przez chustkę dość grubą, zimową i we dwoje złożoną, to spustoszenie tak znaczne, jakie wywołało, niemogłoby powstać, gdyby użytym został np. młot lub kamień miernéj wielkości; narzędzie musiało być zatém bardzo ciężkiém. Takiém narzędziem mogła być siekiera lub coś podobnego; mogło niém być i jedno z dwóch znalezionych w izbie żelazek krawieckich, ważących po 8 i 9 funtów wied. Narzędzie wreszcie po użyciu wcale nie musiało być zbroczone krwią, z powodu, że ono nie stykało się bezpośrednio z głową, tylko z chustką lub czapką.

11) Narzędzie kłójące, za pomocą którego rany na czole i za uchem prawém zadane zostały, musiało być:

α) dość ciężkiém, skoro przez uderzenie niém w czoło kość czołowa zgruchotaną została na drobne kawałki;

β) po użyciu było krwią zbroczone, skoro wtargnęło dość głęboko tak w czoło, jako w okolicę jarzmową prawą, i to bezpośrednio, nie zaś przez chustkę.

Z uwagi, że na czole wszystkie 3 rany okrągłe, regularne i jednakiéj objętości, umieszczone były w jednéj linii prostéj i w równych od siebie odstępach, około 4 cm. wynoszących, wnosić wypada, że narzędzie to kłujące prawdopodobnie miało przynajmniéj 3 końce śpiczaste. Narzędziem takiém mógł być tak zwany *casse-tête* żelazny, nieco większy, na palce na kształt dużego pierścienia zakładający się, zwłaszcza taki, który ma kolce i z boków, bo w takim razie i powstanie rany przed uchem prawém najłatwiéj wytłumaczyć by się dało przez uderzenie kolcem bocznym. Nie wykluczamy jednak absolutnie możebności, że rany na czole i w okolicy jarzmowéj prawéj zadane zostały i innémnarzędziem kłującém dość ciężkiém.

12) Obrażenia na tułowiu zdziałane zostały, jak powiedzieliśmy, przez ugniecenie i to w położeniu leżącém Józefy K., z uwagi,

α) że denatka, jak wynika z opisu odzieży, była po zimowemu ubrana;

β) że złamanemi zostały żebra po jednéj i drugiéj stronie z przodu symetrycznie w jednakiéj wysokości;

γ) że i obie powłoki nerkowe jednostajnie są podbiegnięte krwią.

Wykluczamy stanowczo działanie innego narzędzia tępego, prócz kolan, albowiem tylko przez klękanie na klatce piersiowéj i okolicy lędźwiowej można było tego rodzaju obrażenie wywołać.

V. Co do kolei, w któréj obrażenia zadane zostały.

13) O ile kombinacyja lekarska z położenia trupa, z ubrania, ze śladów krwi obok głowy i z ran na ciele znalezionych wysnuwać może z mniejszém lub większém podobieństwem do prawdy pewne wnioski, staraliśmy się zestawić kolej, w któréj obrażenia Klockowéj zadane zostały, oraz przebieg napadu, a to w następujący sposób:

a) Józefa Klockowa oczywiście albo powróciła była do domu, albo zabierała się do wyjścia, gdy napadniętą została. Była ona bowiem ubraną tak, jak się wychodzi lub wraca, a jeżeli, co według okoliczności jest prawdopodobniejszém, właśnie była wróciła do domu, to co najwięcéj po powrocie tyle tylko miała czasu, aby wejść do pokoju ciemnego, bo tam znaleziono na łóżku jéj zarękawek, ale nie miała jeszcze czasu do zdjęcia chustki, którą nosiła na głowie.

b) Powróciwszy więc do pokoju tylnego z chustką jeszcze na głowie uderzoną została ciężkiém narzędziem tępém kilkakrotnie w głowę z przodu, i to

α) albo na miejscu, gdzie niedaleko od trupa znaleziono na podłodze plamkę krwawą, albo prawdopodobniéj

β) na miejscu, gdzie zwłoki jéj znaleziono, — poczém upadła i już miejsca tego nie opuściła. W tym razie plamka sub α) wspomniana mogłaby pochodzić od narzędzia krwią zbroczonego lub może od chustki późniéj z pod ciała wysuniętéj.

c) Nie ulega wątpliwości, że Józefa K. miała chustkę na głowie, w chwili gdy śmiertelnie w głowę została ugodzoną, nadto, że chustka czworoboczna była we dwoje złożoną, tak jak ją zwykle kobieta nosi na barkach lub na głowie. Dowodzi tego:

α) okoliczność, że chustka po jednéj stronie, którą stykała się z głową, była mocno powalana krwią i mózgiem, po stronie zaś przeciwnéj były tylko ślady przesiąkania krwi;

β) że w jedném miejscu znaleziono kawałek skóry z włosami;

γ) że w drugiém miejscu obie połowy chustki symetrycznie były przeszyte, a chustka była zresztą prawie nową; przemawia to za tém, że chustka przedziurawioną została w skutek uderzenia głowy Józefy K. narzędziem tępém.

d) Ponieważ nadto kawałek skóry z włosami przylepiony do chustki, według umiejscowienia swego zdaje się odpowiadać ranie nad kością boczną lewą, a miejsce, na którém kawałek ten skóry się znajduje, oddalonem jest od załamka chustki na 20 cm., więc chustka, którą Józefa K. miała na głowie, musiała być w chwili uderzenia jéj przesuniętą i zwieszoną na twarzy, tak, że może oczy przykrywała.

e) Obie rany główne nad kośćmi bocznemi prawą i lewą znajdują się przed brzegiem czapki, którą Józefa K. nosiła pod chustką; ponieważ w tych miejscach głowa tylko chustką była przykrytą, uderzenie wywołało tak znaczne spustoszenie; podczas gdy ku tyłogłowiu, które pokryte było nietylko chustką ale i czapką grubą, uderzenie zapewne tém samém zadane narzędziem zdziałało ranę o wiele mniéj znaczną, bo tylko do okostnéj dochodzącą, ale za to bardziéj poszarpaną.

f) Obie wzmiankowane rany główne mogły być wywołane i jedném narzędziem i jednorazowém uderzeniem, jeżeli narzędzie było większém; a za tem, że narzędzie było dość wielkie, przemawiać się zdaje i ta okoliczność, że przedziurawienie chustki nastąpiło w miejscu na 11 cm. na prawo odległém od owego miejsca, do którego na chustce przylegał kawałek skóry.

g) Tak samo i obie rany gniecione przed i za uchem prawém mogły być zadane jedném uderzeniem przez chustkę tém samém narzędziem tępém.

h) Obrażenie brody, które pociągnęło za sobą złamanie żuchwy, zadane zostały narzędziem tępém.

i) Otrzymawszy obrażenia dotąd wspomnione Józefa K. upadła na podłogę zwrócona twarzą ku ścianie i szafie; wtedy chustka zsunęła się z głowy, — znaleziono ją bowiem nie na głowie, lecz pod nią, — wtedy krew z ran głowowych uchodziła na podłogę, wtedy wreszcie wystąpiły i wymioty. Inaczéj bowiem nie możnaby sobie wytłumaczyć, dlaczego na płaszczu i sukniach nie było ani śladu krwi i wymiocin.

k) Musiała i teraz jeszcze Józefa K. dawać oznaki życia, gdyż sprawca rzucił się na nią już leżącą, i przyklęka-

jąc na niéj oraz depcząc ją nogami uderzył ją jeszcze narzędziem kolczastém w czoło i w okolicę jarzmową prawą.

14) Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że sprawca ściągnął ofierze swojéj nasamprzód chustkę na twarz, powalił ją na ziemię, a potém przyklęknąwszy na niéj zadał jéj rany głowowe. W takim razie atoli nie dałoby się wytłumaczyć, jakim sposobem obfita krew i wymiociny mogły się znajdować na podłodze, a chustka natomiast mogła leżeć pod głową. Z tego powodu prawdopodobniejszym wydaje nam się przebieg powyżéj opisany szczegółowiéj.

Sprawcy czynu okropnego nie wykryto. Ubolewać nad tém należy nie tylko ze stanowiska sprawiedliwości, ale i praktyki sądowo-lekarskiéj. Jakkolwiek mniemam, że kombinacyja powyższa opiera się na ścisłych wnioskach loicznych, to przecież nie mogę ją uważać za tak pewną, jak w pierwszym przypadku, w którym złoczyńca oddał jéj świadectwo prawdy; niedostaje jéj bowiem, że tak powiem, owéj próby arytmetycznéj, która dowodzi, że działanie było dobre. Ważniejszą o wiele jest w niniejszym przypadku kwestyja co do narzędzi i przyznaję, że kwestyja ta pozostaje dla mnie wątpliwą. Trudno przypuścić, aby do skrytobójczego napadu na kobietę bronić się niemogącą już z powodu odzienia ciężkiego zimowego, do napadu w ciemnéj izbie, należeć miało więcéj niż jedna osoba, i dlatego w orzeczeniu mówię tylko o sprawcy w liczbie pojedyńczéj. Jeżeli zaś nie ma potrzeby, a w każdym razie podstawy do przypuszczenia więcéj sprawców, wtedy zachodzi pytanie, w jakim celu jeden człowiek użył dwóch przynajmniéj narzędzi, bo narzędzia tępego, bardzo ciężkiego, które wywołało zgruchotanie czaszki, i narzędzia kolczastego, które zdziałało owe rany małe ale głębokie na czole, a których symetryczne ułożenie koniecznie domyśleć się kazało, że narzędziem tém był tak zwany *casse-tête*. Przyznaję, że po raz pierwszy spotkałem się z obrażeniami odnieść się dającemi do tego narzędzia nowomodnego, a okoliczność ta dowodząca, że obrażenia takie dotąd u nas wyjątkowo tylko się zdarzają, mogła mieć niejakie znaczenie dla śledztwa, o ile ona właśnie zwróciła uwagę na użycie wyjątkowego narzędzia tego. Ponieważ rzadko kiedy zbrodniarz posługuje się kilkoma narzędziami, ponieważ następnie trudno przypuścić, aby morderca Klockowéj przyniósł był ze sobą siekierę lub inne ciężkie narzędzie, którém czaszka zgruchotaną została, więc najprawdopodobniejszém mi się zdaje, że tenże przybył na miejsce okropnego swego popisu uzbrojony li w *casse-tête*, a tam znalazłszy żelaza krawieckie użył najprzód jednego z nich, a dopiero późniéj, kiedy ofiara już leżała nieprzytomną na ziemi, klękając na niéj dobył jeszcze narzędzia kolczastego i zadał jéj rany czołowe.

Niemniéj tajemniczym, jak opisany, był i pozostał przypadek, który z kolei nastąpi.

III. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu chirurgicznem niedrożności jelit z opisem dwu przypadków przecięcia jelita *(enterotomia)*. (Sprawozdanie z rozprawy Tomasza Bryanta, czytanéj w Tow. lek. londyńskiém dnia 29 kwietnia 1878.) Podał Dr. Stanisław Ponikło.

Przypadki zaparcia jelitowego można podzielić ze stanowiska klinicznego na ostre i przewlekłe: i tak uwięgnięcie jelita skutkiem przepukliny wewnętrznéj, skutkiem zaciśnięcia jelita przez część sieci, kréski lub przez pasma łączno-tkankowe nowo-wytworzone, jak niemniéj zwężlenie jelit *(volvulus)* zwykło wywoływać nagłe i gwałtowne przypady niedrożności przewodu pokarmowego. Przypadki zaś ścieśnienia jelita, bądź cienkiego, bądź grubego na tle zapalenia lub zwyrodnienia nowotworowego ścian jelita, ścieśnienie wywołane ugniotem guzów rozwijających się w jamie brzusznéj, splątanie i zlepienie pętli jelitowych w następstwie zapalenia przewlekłego otrzewnéj, wreszcie przypadki zaparcia kałowego, przybierają przebieg przewlekły. Wgłobienie jelita *(intussusceptio)* może się objawiać zarówno ostro jak przewlekle.

Ostateczną i bezpośrednią przyczyną niedrożności jelit jest w każdym przypadku jakaś zapora działająca mechanicznie, zupełnie jak w przypadkach przepuklin zewnętrznych. Zapora ta w przeważnéj liczbie przypadków jest tego rodzaju, że nadzieja wyleczenia dobrowolnego jest bardzo słabą i może być stawioną zupełnie na równi z szansą dobrowolnego ustąpienia uwięzgłéj przepukliny zewnętrznéj, jeżeli ją pozostawimy naturalnemu przebiegowi z zaniechaniem wszelkich zabiegów leczniczych. Wprawdzie zdarzają się przypadki uwięzgłych przepuklin zewnętrznych, które same dobrowolnie ustępują, jak niemniéj i zaparcie wewnętrzne jelit z jakiejkolwiek przyczyny powstałe może dzięki pewnym nadzwyczaj pomyślnym, w każdym razie jednak tylko przypadkowym i nader wyjątkowym okolicznościom, być dobrowolnie wyleczonem. Mimo to żaden lekarz nie pozostawi uwięzgłéj przepukliny zewnętrznéj przebiegowi naturalnemu, nie będzie się długo łudzić skąpą nadzieją ustąpienia dobrowolnego, lecz zabierze się bezzwłocznie do uwolnienia uwięzgnienia drogą zabiegu operacyjnego, baczny na to, aby przez zbyt długie wyczekiwanie sprawa chorobowa nie przybrała cech groźnych i nie doprowadziła do takiego schorzenia tkanin odnośnych, któreby udaremniło sprawę odnowy i wygojenia się, niezbędny warunek pomyślnych widoków rękoczynu. Jasném jest, że zapora mechaniczna tylko na drodze mechanicznéj może być usuniętą; podawanie leków j. n. makowca jest zdolne tylko łagodzić objawy podmiotowe chorego i doprowadzić ztąd często do złudnego zapatrywania na stan chorego, w rzeczywistości groźny i wymagający postępowania leczniczego bezzwłocznego i energicznego.

Otóż autor rozprawy, z któréj zdajemy sprawę, wychodząc z założenia, że przypadki niedrożności jelita z nader rzadkiemi wyjątkami pozostawione przebiegowi naturalnemu, kończą się śmiertelnie, tak jak przypadki uwięzgłych przepuklin zewnętrznych, zaleca zastósować w każdym przypadku z rozpoznaniem pewném postępowanie operacyjne, mające na celu mechaniczne i bezpośrednie zniesienie przyczyny, wywołującéj niedrożność. Jak jedynym sposobem postępowania w przepuklinach zewnętrznych jest herniotomija, tak w przypadkach zaparcia wewnętrznego jelit jedynym racyjonalnym zabiegiem wedle autora jest laparotomija, w stósownym czasie wykonana.

Dowodzi daléj, że owaryotomija i inne rękoczyny, wymagające przecięcia otrzewnéj, obecnie coraz częściéj wykonywane zmniejszyły zbytnią trwożliwość w tym względzie a patologija pouczyła, że w przeważnéj liczbie przypadków zaparcia jelitowego nie trudną jest rzeczą odszukać przyczyny zaparcia i że takowa raz odszukana często z łatwością operacyjnie usunąć się daje. Na téj podstawie ośmiela się wyrzec zdanie, że we wszystkich przypadkach uwięzgnienia jelit wewnętrznego z jakiejkolwiekbądź przyczyny należy wykonać

laparotomiję, że nadto rękoczyn ten ma być wykonany rychło a nie odkładany jako *dernier ressort* po wyczerpaniu innych mniéj energicznych zabiegów leczniczych. Nim się lekarz zdecyduje na wykonanie tak niebezpiecznego rękoczynu, jakim jest laparotomija, musi uprzednio upewnić się o dobrém i dokładném rozpoznaniu sprawy chorobowéj, co więcéj musi się starać, o ile to jest możelném, wyrobić sobie zdanie o jakości przyczyny niedrożność wywołującéj i o prawdopodobnym układzie i konfiguracyi części odnośnych. Tu zachodzą trudności wprawdzie nie małe, lecz nie do niepokonania. Niezbędną tu jest rzeczą dokładna znajomość obrazów sekcyjnych różnych rodzajów niedrożności jelit, tudzież znajomość częstości względnéj pojawienia się takowych. Bez tego ogólne tylko i powierzchowne rozpoznanie można zrobić, lecz niepodobna dojść do ocenienia miejscowych stosunków, prawdopodobnie w danym przypadku zachodzących. Autor podaje tablicę następującą uwidoczniającą częstość pojawiania się różnych rodzajów zaparcia jelitowego na podstawie protokólów sekcyjnych z „Guys Hospital,“ przez przeciąg lat 22 zbieranych a obejmującą 124 przypadków.

Przyczyny niedrożności jelit z wyłączeniem przepuklin.

- 33*) Nagle zaparcie jelit
  - 1. skutkiem przepukliny wewnętrznéj
  - 7. skutkiem zwężlenia *(volvulus)*
  - 25. skutkiem zaciśnięcia więzami i pasmami nowowytworzonemi
    - 14. pasma łączno-tkankowe po zapaleniu otrzewnéj
    - 6. uchyłki jelitowe *(diverticula)*
    - 2. wyrostek robaczkowy
    - 2. szyjka worka przepuklinowego
    - 1. szypułka guza jajnikowego
- 76. zaparcie jelit przewlekłe
  - 3. zaparcie kałowe
  - 3. mechaniczny ucisk nowotworów
  - 47. ścieśnienie jelit *(strictura)*
    - 2. w jelicie cienkiém
    - 45. w jelicie grubém
      - 33. w odbytnicy i kiszce esowatéj
      - 7. w poprzecznicy
      - 5. w kiszce ślepéj lub na zastawce Bauhina
  - 23. zlepienie pętli jelitowych skutkiem zapalenia otrzewnéj lub raka.
- 15. wgłobienie jelita *(intussusceptio)*
  - 2. w odbytnicy
  - 7. wgłobienie części jelita biodrowego do kiszki ślepéj
  - 6. w jelicie cienkiém.

Razem 124 przypadków

Co się tyczy przypadów zaparcia jelitowego naglego, czyto skutkiem przepukliny wewnętrznéj, zwężlenia lub jakiejkolwiek innéj przyczyny, to są one identyczne z przypadami uwięzgłéj przepukliny zewnętrznéj, jako to: nagłe wystąpienie cierpienia u osoby dotąd zupełnie zdrowéj, gwałtowny ból środkowy brzucha pojawiający się w napadach i połączony z zapadem, zaparcie żywota, niezdolność wydalania gazów, czkawka, czasami nadto skąpa ilość moczu lub zupełne tegoż zatrzymanie i widoczność rozdętych pętli jelitowych, zarysowujących się, przez powłoki brzuszne. Nie będzie jednak w przypadku ostrym żadnego guza w jamie brzusznéj, parcia na stolce ani krwotoku jelitowego. W przypadkach zaś zaparcia jelitowego przewlekłego przypady podane poprzedzane bywają przypadami łżejszemi przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu. Chorzy tacy podają, że doznawali bólu w różnych odstępach czasu, trudności w oddawaniu stolca, wypływu śluzu, ropy lub krwi z odbytnicy, wreszcie, że zauważali zmianę w zachowaniu się stolców, które raz były płynne i wolne, innym razem zbite i twarde. W każdym razie okoliczność, że przypady nagle nie wystąpiły bezpośrednio, lecz w następstwie przypadów długo trwałych, przewlekłych, naprowadza na myśl, że mamy do czynienia z przypadkiem zaparcia jelitowego przewlekłego. Rozpoznanie szczegółowe rzeczywistéj przyczyny zaparcia przewlekłego połączone jest z wielu trudnościami; przyczyny te bowiem mogą być bardzo rozmaite, wszystkie jednak, czyby to było ścieśnienie kiszki grubéj lub odbytnicy, ucisk ze strony guza w jamie miednicy, guza jajnikowego lub innego, przypadek zlepienia jelit cienkich w następstwie zapalenia otrzewnéj lub zwyrodnienia rakowatego tejże, schodzą się w ostatecznych swych skutkach; wszystkie pozostawione same sobie prowadzą do wyniku śmiertelnego, wywołując przewlekłe zapalenie otrzewnéj, lub też ostre po przebiciu jelita w następstwie ucisnięcia, lub wreszcie prowadząc do pęknięcia *(ruptura)* jelita, jak bywa w kiszce ślepéj skutkiem ucisku mas kałowych, pracych w kierunku odwrotnym na zastawkę Bauhina.

Jeżeli zwężenie znajduje się w odbytnicy, można je wybadać z łatwością za pomocą palca; jeżeli jest wyżéj w zakrzywieniu esowatém, również może być wybadane przez włożenie całéj ręki do odbytnicy wedle sposobu Simona. Jeżeli przyczyną zaparcia jest guz nowotworowy, ten może być stwierdzony przez obmacanie i opukanie brzucha. Lecz inne przypadki (tablica podana poucza, że na 76 przypadków przewlekłego zaparcia jelitowego 3 odnosiły się do zaparcia kałowego, 3 do ugniotu przez nowotwory, 23 zawdzięczało początek swój splątaniu i zlepieniu pętli jelita cienkiego a 47 ścieśnieniu *strictura)*, przedstawiają znaczne trudnosci rozpoznawcze.

Na rozpoznanie dwu ostatnich przyczyn najwięcéj światła rzuca kazuistyka patologiczna. Zlepienie jelit w następstwie zapalenia lub zwyrodnienia rakowego otrzewnéj dotyczy zazwyczaj jelit cienkich. W przypadkach tych przyczyną niedrożności są zrosty łączno-tkankowe, wywołujące zakrzywienia i zagięcia nieprawidłowe pętli jelitowych, upośledzające ruch robaczkowy tychże. W przypadkach zaś ścieśnienia nieprawidłowe funkcyjonowanie jelit jest bezpośredniém następstwem zapory mechanicznéj stąd powstałéj.

Wiernem odbiciem stanu tego są przypady chorobowe. W przypadkach zlepienia pętli jelita cienkiego funkcyja przesuwania treści jelitowéj jest upośledzoną, w przypadkach ścieśnienia oddawanie kału jest utrudnione; stąd w przypad-

*) Cyfry oznaczają ilość przypadków

kach pierwszego rodzaju ból występujący w napadach, nieregularne i niezupełne wypróżnienia jelit i nie bolesne oddawanie stolca. W ścieśnieniu jelita zazwyczaj nie ma napadów silnego bólu, wyjąwszy o ile je sprawić musi nadmiarowe rozdęcie jelit gazami; ważnym nadto przypadem jest zmienna jakość stolców, ból przy oddawaniu takowych i obecność w nich śluzu, ropy lub krwi. Dalej w przypadkach zlepienia jelit cienkich brzuch rzadko bywa znacznie rozdęty, rozdęcie dotyczy tylko części środkowej i podpępkowej; w ścieśnieniu wydęcie brzucha jest objawem prawie stałym i dotyczy okolicy lędźwiowej i nadpępkowej.

Ku pomocy w rozpoznawaniu tych stanów chorobowych podaje autor tablicę, którą dla jej dokładności i łatwego przeglądu poniżej oddajemy.

	Nagłe zaparcie albo uwięzgnienie (*strangulatio*)	Przewlekłe zaparcie a) skutkiem schorzenia jelita grubego	Przewlekłe zaparcie b) skutkiem schorzenia jelita cienkiego	Nagłe lub przewlekłe wgłobienie jelit (*intussusceptio*)
1) Dawniejszy stan chorego	W zupełném zdrowiu	Okazywał przez krótszy lub dłuższy przeciąg czasu przypady „brzuszne".	Poprzedzały napady zaparcia niezupełnego.	Stan zdrowia zupełnego.
2) Rozwój przypadów chorobowych	Bardzo nagły	Przypady rozwijały się stopniowo lub nastąpiło zaostrzenie przypadów dawniéjszych.	Napady kolki w następstwie dawniejszych przypadów.	Nagłe powstanie przypadów, które wzmagają się, jeżeli wgłobienie jest ostre a słabną w przypadku wgłobienia przewlekłego.
3) Wczesne objawy chorobowe: *a)* Ból	„Ból brzuszny" rozpromieniający się odśrodkowo, występujący w napadach.	Ból nieograniczony rozlany i wzmagający się podczas rozdęcia jelit.	Ból w napadach, pomiędzy któremi względny spokój.	Ból ograniczony, często dający się złagodzić przez ucisk.
b) Wymioty	Nagłe powstanie wymiotów kałowych	Wymioty przerywane i kałowe aż do końca.	Niestałe pojawiające się podczas napadów kolki	Nagłe powstające i kałowe w nagłych, przerywane w przewlekłych przypadkach lub nawet brak zupełny takowych
c) Zapad (*collapsus*)	Bardzo wyraźny	Brak zapadu aż do końca.	Brak takowego aż do ostatnich chwil.	Bardzo wyraźny w nagłych, mniéj wydatny w przewlekłych przypadkach.
d) Zaparcie żywota	Zupełne zaparcie i niezdolność wydalania gazów	Stopniowo wzmagające się	Napady zaparcia żywota naprzemiany z prawidłowém działaniem jelit	Czasami bywa, lecz zazwyczaj przypady „dyzenteryczne": parcie na stolec, stolce śluzowo-krwawe lub krwotoki.
4) Rozdęcie brzucha	Nagłe, środkowe, lub dotyczące części podpępkowych (*hypogastria*)	Stopniowo wzmagające się w okolicy lędźwiowéj lub nadpępkowéj.	Nigdy bardzo znaczne, wzmagające się podczas napadu.	Rzadko znaczne.
5) Wskazówki zyskane przez obmacanie	Rozdęte pętle jelitowe czasem mogą być namacane. Odgłos wypukowy bębenkowy.	Ograniczony obrzęk czasem wymacalny w jednéj ze zatok biodrowych.	Czasem ciastowaty obrzęk przybierający kształt węzła podczas napadu.	Wyraźny obrzęk czasem wymacalny; kształt takowego zmienia się podczas napadu.
6) Wskazówki zyskane przez oglądanie	Ściany brzuszne napięte w okolicy pępkowéj i podpępkowéj z widocznemi pętlami jelita rozdętego.	Brzuch szeroko rozdęty; pętle jelit widoczne	Pętle jelitowe wyraźnie widoczne.	Nic szczególniejszego nie widać.
7) Ruch robaczkowy	Rzadko widzieć się daje.	Wydatny.	Bardzo wydatny.	Nie widoczny.
8) Mocz	Skąpy lub zupełnie zatrzymany.	Ilość moczu zwykła.	Prawidłowa ilość	Prawidłowa ilość.
9) Wyniki badania „per rectum"	Odbytnica najprawdopodobniéj próżna.	Można wybadać ścieśnienie jelita w odbytnicy lub kiszce esowatéj przez badanie ręczne.	Nic szczególnego.	Odbytnica może być wypełniona śluzem lub zawierać wgłobione jelito.

(Dokończenie nastąpi).

Dr. Zielewicz (w Poznaniu): **Stosowanie chlorku pilokarpinu w praktyce dziecięcej z pewnemi zmianami przy użyciu.**

Po krótkiéj wzmiance o pracach Demmego i A. Jurasza, zajmujących się śledzeniem działania pilokarpinu na ustrój dziecięcy jako środka napotnego, Z. w rozprawie z dołączeniem wykazu tabelarycznego podaje wyniki własnych poszukiwań, oparte na podstawie 23 przypadków, badanych przeważnie (21 razy) w poznańskim szpitalu dla dzieci, a częściowo (2 razy) w praktyce prywatnéj. U 19 chorych środek ten stosowany był w celach leczniczych, głównie w puchlinach, powstających w przebiegu osutek ostrych, a u 4ga dzieci tylko w celu stwierdzenia skutków farmakodynamicznych pilokarpinu. Do powyższych celów używał Z. 2% roztworu, wstrzykując pod skórę stopniowo od 0·002 do 0·012.

Wyniki badań były następujące: Już w kilka minut po zastrzyknięciu u większéj liczby dzieci obok zaczerwienienia twarzy występowały obfite poty, najpierw na czole i twarzy, następnie na tułowiu i odnogach, utrzymując się od 1 do 7 godzin. Równocześnie z potami pojawiało się ślinienie, zawisłe według spostrzeżeń autora, więcéj od wieku pacyjenta niż od ilości zażytego środka. Wzajemnego zastępstwa dwóch tych wydzielin Z. nie przypuszcza, gdyż uważał, że u niektórych dzieci występowały równocześnie obfite poty i ślinienie, u innych znów jedna i druga wydzielina w skąpej ilości a zaledwie u kilkorga dzieci postrzeżono przy lekkim pocie obfite ślinienie. Opierając się na własnem doświadczeniu badający twierdzi, że pilokarpin u dzieci jest pewnym środkiem napotnym lecz o wiele pewniejszym środkiem naślinnym, chociaż ilości wydzielonéj śliny w cyfrach nie oznaczono, gdyż większą jéj część dzieci połykają. Stałém lecz krótko trwającém zjawiskiem śród potów i ślinienia bywa zniżenie ciepłoty o 0·5° do 1·8° C. Mniej pożądanemi a prawie u wszystkich dzieci występującemi zjawiskami bywają jeszcze: parcie na mocz, nudności, wymioty i zapad. U wielu dzieci występują wśród potów obfite cuchnące wypróżnienia, wśród boleści i parcia na stolec częstokroć tak silnego, że nawet dbałe o porządek dzieci wstrzymać się nie mogą i kał pod siebie oddają. Wreszcie prawie u $1/3$ części dzieci po użyciu pilokarpinu uważał Z. znaczny niepokój ustający dopiero po obfitych wymiotach.

W celu usunięcia tych przykrych zjawisk, utrudniających stosowanie pilokarpinu w praktyce dziecięcéj, radzi Z. łączenie dwuprocentowego rozcieku pilokarpinu z jednoprocentowym morfinu, tak iż w jednéj przedziałce cieczy w strzykawce Pravaza znajdować się ma 0·002 pilokarpinu a 0·001 morfinu. Przy używaniu téj mięszaniny badający zauważył, że nudzenie, wymioty, parcie na mocz i stolec nie występowały tak często a zawsze w łagodniejszéj formie. Jeżeli po pierwszych zastrzyknięciach postrzegano u dzieci skłonność do omdlewania i zapadu, dodawał autor do wzmiankowanego rozcieku pilokarpinu z morfinem kilka kropli olejku kamforowego.

Rozprawkę swą streszcza Z. w końcu jak następuje: 1) Chlorek pilokarpinu uważać należy i w praktyce dziecięcéj za pewny środek napotny. 2) Nieprzyjemne współobjawy jednakże stają na przeszkodzie powszechniejszemu stosowaniu tego przetworu. 3) Aby takowe usunąć lub w części złagodzić należy: *a)* używać o ile możności jak najmniejszych dawek; *b)* łączyć pilokarpin z morfinem (w stosunku 2:1); *c)* celem zapobieżenia zapadowi do rozczynu powyższego dodawać po kilka kropli olejku kamforowego. (*Central-Zeitung für Kinderheilkunde, Orig. Mitth.* 1878. Nr. 14.)

M. L. J.

Karol Michel: **Angina epiglottica anterior**

Autor miał dotąd sposobność kilkakrotnie zauważyć u chorych skarżących się na trudności w przełykaniu połączone z gorączką i cierpieniem ogólném, że przyczyną téj choroby nie było zapalenie nieżytowe połyku, lecz obrzęk usadowiony na przodkowéj powierzchni nagłośni. Badanie połyku nie wykryło albo zmian żadnych, albo tylko nieznaczne zaczerwienienie łuku podniebieniowego tylnego jednego lub drugiego. Dopiero wziernik wykrywał istotną przyczynę choroby w postaci obrzęku wielkości orzecha laskowego, mniéj lub więcéj zaczerwienionego lub jasno szarawego, napiętego i połyskującego, którego siedzibę stanowiła przodkowa powierzchnia nagłośni. Dołki między językiem a nagłośnią zupełnie były wygładzone a nawet chrząstka nagłośni wydawała się jakby napęczniałą. U dwóch chorych przesunęło się zapalenie również na fałd nalewko-nagłośniowy *(plica ary-epiglottica)*. Dwukrotnie można było także wyśledzić zmianę na szyi, okazało się bowiem, że skóra była przyczepioną do chrząstki tarczykowéj, nie była przesuwalną a za naciskiem chorzy uskarżali się na ból, oczywiście skutkiem zapalenia tkanki łącznéj podskórnéj.

Trudności w przełykaniu były bardzo znaczne; chorzy mieli uczucie, jakby w gardle ich znajdował się guz sprowadzający nudności i wymioty. Leczenie zasadzało się na podawaniu płókań z wody lodowéj i okładów z lodu, poczém bóle ustępowały bardzo szybko a i obrzęk w ciągu dni kilku znikał. Autor zwraca w końcu uwagę, aby bardzo dokładnie badać szczególniéj tych chorych, którzy przy nieznaczném tylko cierpieniu połyku uskarżają się na znaczne trudności w przełykaniu; dzięki wziernikowi krtaniowemu cierpienie to nazwane przez autora *Angina epiglottica anterior*, łatwém jest do rozpoznania. (*Wiener med. Woch. 1878. Nr. 21).*

Obt.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sekcyja higijeniczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IIIcie z dnia 29go marca 1878 r.

Przewodniczący prof. Dr. Lutostański. Obecnych członków 12. Gość jeden.

1) Po przeczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia, oznajmia przewodniczący, że Tow. lek. krak. przyjęło regulamin, uchwalony przez komisyję higijeniczną, tudzież, że takowe wybór osób na członków przybranych komisyi potwierdziło.

2) Doc. Dr. Grabowski czyni wniosek, aby wybrać podkomisyję, któraby obmyśliła sposób zwrócenia uwagi władz dotyczących na niebezpieczeństwo zawleczenia do kraju naszego chorób zakaźnych z okolic wojną dotkniętych. P. Hoff zapytuje wnioskodawcę, czy środki ostrożności przez c. k. Namiestnictwo zarządzone nie uważa za dostateczne, a jeżeli tak jest, jaki projekt uważa za najstósowniejszy. Inżynier Łuszczkiewicz zapytuje zaś, czy choroby zakaźne w okolicach w mowie będących skonstatowane zostały i wspomina o środkach odwietrzających, już zarządzonych co do przewozu wagonów. W odpowiedzi p. Hoffowi namienia Dr. Grabowski, że wniosek jego dąży do tego, aby środki desinfekcyjne, przez władze zarządzić się dopiero mające, tém spiesznéj weszły w pożądane wykonanie, a Dr. Domański i wnioskodawca przytaczając miejscowości, gdzie wystąpił dur plamisty epidemicznie, dają p. Łuszczkiewiczowi odpowiednie wyjaśnienie. Prof. Janikowski popiera wniosek Dra Grabowskiego. Podczas głosowania wniosek zostaje uchwalony a w skład podkomisyi wchodzi wnioskodawca, Doc. Dr. Domański, Dr. Lutostański i Dr. Rybczyński.

3) Przewodniczący żąda, aby komisyja higijeniczna zaproponowała osoby do uregulowania prac tejże. Prof. Janikowski jest jednak zdania, że to już należy do zakresu działania bióra, na co się zgodzono.

4) Z kolei odczytuje przewodniczący dalszy ciąg swéj pracy o „przenikliwości ścian i pomalowaniu tychże“ i objaśnia swój odczyt okazanemi przyrządami. W dyskusyi zabiera głos prof. Janikowski wykazując użycie wykładania ścian drzewem i pilśnią, oraz wykładanie pilśnią okien, zaleca je jako wyborny środek wentylacyjny, i zwraca uwagę na ich praktyczność zastósowania w barakach i szpitalach. p. Hoff jest zdania, że wapień do budowy ścian użyty jest o tyle niepraktyczniejszym od

cegieł, że przepuszcza wilgoć. Prelegent odpowiada pierwszemu, że użycie pilśni i drzewa zaleca się zwłaszcza wtedy, gdy pokrywa drzewna olejno zostanie pomalowaną, przy obłożeniu jednak okien pilśnią strata ciepłoty będzie znaczną; p. Hoffowi oddaje słuszność z tém namienieniem, że wymogi higijeniczne dają pierwszeństwo budowie z wapna Doc. Dr. Grabowski zwrócił uwagę na to, iż powietrze wnikające przy wentylacyi naturalnéj przez szpary w ścianach do mieszkań, ulega pewnéj zmianie, a mianowicie, że brak w nim ozonu, którego znaczenia dla zdrowia, chociaż dokładnie nieznanego, lekceważyć jednak niemożemy. Ozon wytwarzający się w pobliżu machin elektrycznych odkrył w zeszłym wieku van Marum, ale odkrycie to poszło późniéj w niepamięć i dopiero Schoenbein około 1840 r. odkrył go na nowo i wykazał, że zawsze pewna część tlenu znajduje się w powietrzu w postaci ozonu, który tworzy się przy parowaniu wody, przy przechodzeniu iskier elektrycznych przez powietrze, przy ulatnianiu się olejków eterycznych itp. Ozon jako postać tlenu odznacza się zapachem właściwym i większém powinowactwem chemiczném do ciał ukwaszalnych. Chemicy też wyobrażają sobie, że drobina ozonu jest 3 atomową, podczas gdy zwykły tlen jest dwuatomowym. Ilość ozonu w powietrzu ulega wahaniom, od miejscowości zawisłym, tudzież rocznym i dobowym. Że więc ozon ma wpływ na zdrowie, przypuszczano od dawna. Odpowiednio temu przypuszczeniu zauważono, że gdy w powietrzu znajduje się dużo ozonu, wtedy panują przeważnie choroby narządu oddechowego, zapalenie płuc i nieżyt oskrzeli. Mniemano więc, że nadmiar ozonu jest przyczyną tych chorób, gdy więc znów dopatrywano się związku przyczynowego między brakiem ozonu a panowaniem chorób przewodu pokarmowego. Także powstawanie i szerzenie się chorób zakaźnych miało w związku zostawać z obecnością ozonu w powietrzu; od większéj zaś lub mniejszéj jego ilości miało zależéć nasilenie zaraz. Ponieważ jednak wraz z ilością ozonu ulegają także wahaniom inne stosunki klimatyczne, więc nie posiadamy na to dowodu, że właśnie w zmianach ilości ozonu a nie w zmianach innych czynników meteorologicznych dopatrywać się należy powodu nasilenia zaraz. Przypisywano też ozonowi wpływ na przemianę materyi w ustroju, sądząc, że z powietrza dostaje się do krwi. Z powietrza jednak do krwi obiegu dostawać się nie może, bo tak w drogach oddechowych jak i w przewodzie pokarmowym napotyka ozon tyle istot ukwaszalnych, do których ma powinowactwo, że koniecznie musi uledz rozkładowi. Prócz tego fizyjologowie wykazali, że hematyn posiada własność ozonizowania tlenu w powietrzu, więc, gdyby ustrój ozonu potrzebował, toby sobie sam z tlenu w krwi obiegu wytworzyć zdołał. Obecnie więc higijeniści nie sądzą, ażeby ozon do przemiany materyi w ustroju był potrzebnym, ani też nie przypisują wpływu chorobotwórczego, natomiast przypisują mu wielkie własności ukwaszania ciał organicznych w powietrzu. Ciała organiczne, w powietrzu zawieszone, poczytywane dziś bywają powszechnie za przyczynę zaraz, a gdy ozon wiąże te ciała ukwaszając je, wywiera zatém niejako pośredni wpływ przeciw szerzeniu się zaraz. Obecność ozonu w powietrzu stanowi dowód, że nie ma w niém ciał organicznych ukwaszalnych. A ponieważ ciała te uważamy za szkodliwe, więc powinniśmy się starać ażeby w powietrzu zawsze znajdował się ozon. Higijenę obchodzi zatém pytanie, czy w powietrzu mieszkań jest ozon, lub go też niema? Scoutette, Berigny, Baring i inni zajmowali się badaniami w tym celu i przekonali się, że w mieszkaniach, mających wiele osób rzadko kiedy ozon daje się wykazać; w mieszkaniach nieprzepełnionych, w których okna bywają otwierane, ozon się znajduje, i to im bliżéj okien, tém go jest więcéj w powietrzu. Oknami więc dostaje się do wnętrza. Baring badał także, czy przez pory w ścianach dostaje się ozon do wnętrza? W tym celu wieszał on papierki ozonoskopowe na ścianie i otaczał je szklannemi szybkami, tak, iż tworzył się rodzaj puszki, a papierki te, na które ozon wnikający oknami działać nie mógł, nigdy się nie zabarwiały, więc doświadczenie to dowodzi, że ozon porami ścian do wnętrza mieszkań się nie dostaje. Przyczyny tego odgadnąć nie trudno. W zaprawie bowiem ścian znajduje się dosyć wodanu wapniowego i wody, pod wpływem których ozon rozkładowi ulega. Przeciw badaniom Baringa możnaby podnieść zarzut, że ozonoskop nie daje wyników ścisłych, bo nie tylko ozon działa na papierku z jodku potasu, ale i inne ciała np. kwas azotowy, a nie mamy również miary, jakie ilości powietrza koło papierków przepłynęły. Baring jednak używał z takim samym wynikiem papierków taliowych, pewniejsze dających wyniki Zresztą nie znając lepszych na ozon odczynników, musimy się na tych doświadczeniach opierać. Oknami więc wnika do mieszkań powietrze w ozon obfite, gdy przez pory w ścianach jest takowe ozonu pozbawione. A ponieważ ozon czyści powietrze i z tego powodu nie jest dla zdrowia obojętnym, więc, aczkolwiek cenną dla odnowy powietrza jest wentylacyja naturalna przez pory w ścianach, nie może ona nam przecież zastąpić w zupełności wentylacyi przez otwieranie okien, za czém przeto ze stanowiska higijeny zawsze przemawiać należy.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Rybczyński.

V. Ospa owcza w powiecie łańcuckim.

Napisał Dr. **K. Kralczyński**,
lekarz powiatowy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22.)

Z kolei rzeczy wypada mi omówić jeszcze i tę okoliczność, jak się ma zachować lekarz delegowany do leczenia i szczepienia owiec, gdy nie ma zapasowéj limfy i nie wie, zkąd takową na razie sprowadzić. Na to pytanie tak ważne odpowiadam, iż nie ma najmniejszéj obawy w zbieraniu limfy z owcy mającéj już ospę rodzimą, ponieważ i tak już nic się nie ryzykuje, bo owce w stadzie, gdzie jedna lub kilka dostało już ospy, wszystkie zapadną, a w skutek szczepienia przebieg jéj będzie łagodniejszy i krótszy.

Mając limfę przystępuje się do saméj czynności, którą się wykonywa igłą podobną do téj, jakiéj używamy przy szczepieniu ludzi, tylko nieco dłuższéj i głębszym opatrzonéj rowkiem. Miejscem szczepienia bywa ogon lub ucho; na ogonie szczepi się 2 do 3 cali od tyłu; na uchu zaś od $^2/_3$ do 1 cala od końca tegoż. Szczepienie na uchu jest nie równie wygodniejsze dla szczepiącego, ponieważ lekarz lub weterynarz obywa się bez pomocy, bierze owcę pod siebie, to jest okracza ją, przyczém owca może stać spokojnie, gdy przeciwnie szczepiąc na ogonie potrzebuje już asystencyi a barana lub owcę wypada przewracać na ziemię i należycie trzymać, co już z wieloma połączone jest nieraz trudnościami.

Dwa są sposoby szczepienia: jeden pod skórę igłą a drugi przez skaryfikacyję małym lancecikiem, lecz tego ostatniego nie radzę, ponieważ się tworzą ogromne wrzody, owca nadzwyczajnie cierpi, przychodzi nie raz do znacznego krwotoku, zgorzeliny, rany się bardzo zanieczyszczają, wytwarzają się robaki, skutkiem czego opaźnia się zagojenie, a blizna jest dużą, a jeżeli szczepioném było ucho, to nawet szpecącą, szczególniéj u rasy szlachetnéj. Ujemną stroną szczepienia skaryfikacyjnego jest jeszcze i ta okoliczność, iż nie można zebrać już tak dobrze limfy jak z pęcherzyka otrzymanego szczepieniem pod przyskórek. Szczepieniem zaś pod przyskórek unika się wszystkich tych nieprzyjemności.

Do szczepienia używa się limfy zebranéj w okresie dojrzałości, nigdy zaś kiedy już ciecz w pęcherzyku mętna lub w ropę zamieniona. Można użyć także i limfy dawniéj zebranéj. Krwi z owcy ospowatéj używa się z konieczności także, nawet i strupa radzą używać, lecz ja nie używałem tegoż, nie mając doń najmniejszego zaufania.

Niech mi wolno będzie przenieść się nieco w przeszłość i przypomnieć, że szczepienie jako środek zbawczy nie jest nowym, bo już w roku 1763 Chalette takowe proponował; we dwa lata późniéj toż samo radził Bourgelat a w roku

1797 także ten środek zalecał Coste. Dopiero pierwszym, który szczepienia dokonał, był Venel a po nim zaraz Tessier. Na polu szczepienia położyli niezaprzeczenie największe zasługi we Francyi Morel, Huzard, Voisin; w Niemczech Meckel, Tinck, Busch i inni, a ostatniemi czasy zakład weterynarski wiedeński.

Zaszczepiwszy owce w zakażonéj owczarni czekać należy dni kilka, a gdy się na szczepionych przyjmie ospa, zbierać takową w okresie dojrzałości i daléj bądź przeprowadzać szczepienie w sąsiednich owczarniach, bądź zatrudniać się przechowywaniem zebranéj.

Po zaszczepieniu należy trzymać owce w miejscu ciepłém, jeżeli pora jest zimowa, w lecie zaś w stanowiskach o miernéj ciepłocie i nie za dusznéj, nie wyganiać na paszę w porę słotną, tudzież w czas z rana, lecz czekać dopóki rosa nie obeschnie; nie należy wyganiać daleko od owczarni, nie trzymać stada do samego południa, lecz spędzać już około 10téj godziny, jak również nie wcześniéj wyganiać popołudniu niż o godzinie 4téj. Za pożywienie podawać buraki, marchew, kartofle siekane, poidło ze szrutowego owsa i jęczmienia, sól kuchenną a to częścią do lizania częścią dodawać do poidła; najlepszym pokarmem dla owiec zaszczepionych i ospowatych jest świéża trawa i siano. Dla orzeźwienia i chłodzenia dobra jest także saletra od 8 do 12 gramów w odwarze nasion lnianych zadawana; jeżeli się zaś wytwarza u owiec zadzierżenie żywota, wtedy zadawać należy siarkan sody w ilości od 70 do 105 gramów na raz. W czasie wielkich upałów stósowne są napoje kwaskowate składające się z wody i dodatku kwasu siarkowego lub octowego; w razie zaś wielkiego sił upadku, kamfora od 0·42 do 0·56 trzy lub 4 razy dziennie użyta należyte skutki oddaje lub odwar korzenia kozłkowego w ilości 17·5 na 350·0 grm. użyty na jednę dobę.

Bardzo często przy szczepieniu sposobem skaryfikacyjnym wytwarzają się wrzody zgorzelinowe lub inne zanieczyszczenia, w takim razie zalecałem odmywanie rozczynem kwasu karbolowego lub wodą chlorową a robaki, które skutkiem zanieczyszczenia się wylęgały, natychmiast ginęły, rana zaś nabierała wejrzenia czystego i prawidłowego.

Powszechném cierpieniem występującém podczas osutki ospowatéj u owiec jest zapalenie spojówki; jeżeli ono jest lekkiém, to najlepiéj nic nie robić, jeżeli zaś było znaczniejsze, to polecałem zakraplanie w oko parę razy na dzień rozczynem siarkanu zynku w stosunku 0·42 na 35·0 wody. Skutek był dobry nawet świetny, bo na tyle owiec tylko jedna dostawszy zapalenia rogówki oślepła na jedno oko. Inne środki zalecane w ospie, czy to rodziméj, czy téż po zaszczepieniu powstałéj, są wątpliwe a nawet zupełnie zbyteczne.

Co do rokowania powinien się lekarz zaraz przygotować na wyżéj wzmiankowany procent i jasno tę kwestyję właścicielowi postawić, nawet i w tym przypadku, gdyby się przeprowadzało szczepienie z konieczności, bo owca zaszczepiona nie tylko, że może dostać ospy rodziméj, lecz nawet zdechnąć, gdyż to jeszcze zależy od różnych okoliczności, o których już wspomniałem wyżéj.

Chcąc zatém uniknąć klęski, na jaką zazwyczaj wybuch ospy rodziméj naraża właściciela owczarni, dobrzeby było zaprowadzić w drodze administracyjnéj szczepienie coroczne, bo tym sposobem raz zniknęłaby zupełnie obawa wybuchu ospy rodziméj, a powtóre nieufność panująca pomiędzy gospodarzami twierdzącymi: „Cóż mi szczepienie pomogło, kiedy i tak owce ospy rodziméj po większéj części dostały i padły, to lepiéj nieszczepić i losowi owczarnię zostawić a może ospa nie wybuchnie przecież“. To nasze może już nie jednego zgubiło na świecie.

Aby memu projektowi pewniejszą nadać podstawę, wypadałoby, aby szkoły rolnicze w Czernichowie i Dublanach zechciały wpisać w plan swoich nauk praktycznych także i naukę o ospie, jéj szczepieniu ochronném, o zbieraniu limfy i przechowywaniu tejże. Każdy wychowaniec pomienionych zakładów opuściwszy ławę szkolną i wyszedłszy w świat, jako administrator, zarządca, właściciel, byłby oswojony z myślą szczepienia a nadto znałby tę czynność weterynarską nie tylko z teoryi i książki, ale także i praktycznie, nie uchylałby się przed nią a Władze nakazawszy ustawą szczepienie owiec znalazłyby już stósownie uprawione pole.

Jak się należy zachować właścicielowi podczas pojawienia się ospy, a jak lekarzowi podczas jéj trwania, o tém już była mowa wyżéj, co zaś czynić wypada z owcami padłemi i z owczarnią po wygaśnięciu zarazy, o tém, jako o rzeczy z ustawy (z roku 1859 §§. 56, 57, 58, 30, 31) znajoméj, również nie wspominam; tyle jednak namienić muszę, że ospa zaliczona jest w Austryi do chorób zwrotnych, to jest, iż oznaczonym jest termin do dni ośmiu, w innych krajach jest on dłuższy.

Nakoniec wspomnę jeszcze o jednéj okoliczności, jaka się może wydarzyć, a która nieraz daje powód do sporu pomiędzy sprzedającym a kupującym. Sprzedający zapewnia np. nowonabywcę, że owca lub baran już przebył ospę a tymczasem owca dostaje ospy na nowém miejscu. Zachodzi tedy pytanie przez Sąd lekarzowi lub weterynarzowi zadane, czy owca mogła dostać drugi raz ospy. Na to pytanie znawca stanowczo może wypowiedzieć: nie, bo owca raz tylko ospie podlega a wyjątki są prawie nieznane. A jeżeliby ospa u nowonabywcy na owcach kupionych wybuchła, na ówczas lekarz zapytany przez Władze administracyjne lub Sąd może również ze wszelką stanowczością orzec, że kiedy teraz jest ospa, to nie było jéj dawniéj, że dawniejsze rozpoznanie było mylne, a twierdzenie dawniejszego właściciela że owca przebyły ospę, nie zasługuje na wiarę.

List z Krakowa.

W obec pogłosek nieuzasadnionych, ze strony niezawodowców rozszerzanych, że u nas tylko w wyobraźni lekarzy istnieje nagminnie gorączka powrotna, pozwolę sobie kilka skreślić uwag. Gdy od marca aż do tego czasu z klasy wyrobniczéj i biedniejszéj z rozmaitych stron i dzielnic miasta, mianowicie zaś z przedmieść, wiele przypadków do szpitala się zgłosiło i zgłasza, niepodobna twierdzić, że niema epidemii; nadto obecnie na Kazimierzu dość licznie wydarzają się przypadki onéj, jakotéż i na Podgórzu, jak o tém przekonałem się na jednéj położnicy, która po odbytym porodzie obecnie trzeci napad przechodzi, i na drugiéj, która w pierwszym napadzie odbyła wczesny poród.

Najciekawszy atoli był przypadek tyczący się mężczyzny przybyłego po radę lekarską do Krakowa, który trzy napady sześciodniowe z przerwą trzechdniową przebył i u którego lekarz ordynujący obawiał się niebezpieczeństwa powstać mającego z rozwinięcia się gruźlicy. Chory inteligentny, kiedy pierwszy raz mi się przedstawił, opowiadał przebieg choroby tak jasno jak rzadko; bo ktokolwiek zajmuje

się praktyką lekarską wie z doświadczenia, że przymiot dobrego opowiadania należy do wyjątków u pacyjentów, a im chorzy są gadatliwsi tém bardziéj swym opisem zaciemniają i utrudniają lekarzowi rozpoznanie, mianowicie w nowszych czasach, kiedy powaga lekarska znacznie zmalała, odkąd profani czytują dzieła lekarskie i mniemają, że mają prawo do wydania sądu o swojéj chorobie i kiedy się przyzwyczaili parlamentarnie prosić o głos lekarza, aby swoje zapatrywanie szczegółowo wypowiedzieć mogli. Opowiadanie chorego mojego, jak powiedziałem, było i jasne i treściwe, tak że zaraz naprowadziło mnie na myśl, że chory odbył trzy napady gorączki powrotnéj, a obfite poty, tętno spokojne, ciepłota nie podwyższona kazały się domniemywać, że napad trzeci jest na ukończeniu. Badanie przedmiotowe wykazało lekki nieżyt oskrzelowy, znaczny obrzęk śledziony twardy, nieco bolesny, nadczulość okolicy żołądka, w którym nie wiele było płynu. Rozumie się, żem wcale nie myślał o zaleceniu mu jakiego zdrojowiska, do czego widać zmierzał chory, czy do Szczawnicy czy do Gleichenberga, radziłem, aby przez tydzień został w Krakowie, poleciłem mu chinin trzy razy dziennie po 0·35, dyjetę pożywną, składającą się z kwaśnego mleka, dobrego rosołu, pieczystego, piwa i wina; po pięciu lub sześciu dniach téj kuracyi chory nie miał już cierpliwości pozostania nadal w Krakowie, chociaż się czuł jeszcze osłabiony, ale już wcale nie kaszlał, a nim pojechał do Tarnowa napowrót przyszedł się ze mną pożegnać. Ani na chwilę nie wątpię, że podobne przypadki nie są odosobnione, i że w Tarnowie zapewne więcéj się wydarza przypadków. Znamionującym téj choroby objawem jest zimno, którém się poczyna choroba, wysoka ciepłota natychmiast się objawiająca i szybkie tętno 136 do 140 na minutę; po tych pojawach już w pierwszych 2ch lub 3ch dniach można rozpoznać chorobę przerzeczoną, a jeżeli mała prawie nieznacząca śmiertelność mianowicie między zamożniejszą klasą nie wywołuje paniki w publiczności, to jednak choroba ta pod względem gospodarczym bardzo jest ważną dla biednych, których Opatrzność nie obdarzyła dostatkiem, bo i leczenie jest kosztowne i wyzdrowienie wolno bardzo postępuje, tak, że zwłaszcza jeżeli chory miał trzy napady, rekonwalescencyja trwa przynajmniéj kilka, od 4ch do 6ciu tygodni, a dyjeta wzmacniająca nie mały sprawia wydatek tém niezbędniejszy, ile że przez nią wyrobnik do pracy szybciéj staje się zdolnym, a jego dłuższa niezdolność do pracy sprawia, że staje się ciężarem ogółu.

Już przed kilku miesiącami zwróciłem uwagę szan. kolegów na drogość chininu przez wojnę wywolaną. Dziś to samo powtórzyć muszę, bo dotychczas nic nie uczyniono, aby cena chininu stała się niższą, chociaż wojny w téj chwili niema. Chorzy wiedząc, że 2 gramy chininu kosztują w aptece 1 fl. 24 do 48 c. wolą udawać się do materyjalisty i kupują tam chinin o wiele taniéj; ale czy on ten sam skutek wywiera co gatunek w aptece kupiony, jest rzeczą problematyczną. Siarkan chinoidinu jest wprawdzie tańszy, ale za to mniej skuteczny od siarkanu chininu a jeszcze mniéj od chlorowodanu chininu, który o tyle jest skuteczniejszy od siarkanu chininu lub chinoidynu, o ile więcéj posiada zasady to jest chininu. Wyznać muszę, że nie chciałbym być lekarzem bez chininu i już w roku 1859 w tygodniku warszawskim wspomniałem, że panują w Krakowie choroby chininowe, to jest takie, w których chinin pomaga, wyrażenie wzięte z Rademachera, który po skuteczności leku nazywa choroby. W chorobie, w któréj gorączka i obrzęk śledziony główną grają rolę, chinin również pierwszorzędne zajmuje miejsce w leczeniu, zwłaszcza że wiemy, iż w téj chorobie śledziona przybiera ogromne rozmiary, tak że czasem jéj rozdarcie następuje. Przypadek tego rodzaju opisał przed kilku laty Dr. Gumplowicz z kliniki Frerichsa. Ja sam, jak powiadam, nie chciałbym być pozbawionym chininu jako dzielnéj broni w ostrych chorobach śledziony, w których jest jedynym lekiem, ale w téj chorobie wielu lekarzy nie używa chininu, przynajmniéj nie zawsze, a udowodnioną jest rzeczą, że chinin nie zapobiega powrotom gorączki przerzeczonéj, choćby nawet chory podczas pierwszego napadu użył 12 gramów chininu i więcéj. Jeżeli chinin nie zapobiega napadom, tém mniéj się tego spodziewać można po naparstnicy, kwasie salicylowym i jego przetworach. Że chinin jednak nie jest w téj chorobie koniecznym, dowodzi i ta okoliczność, że w roku 1848 lub 1849, kiedy u nas jak wykazałem, panowała gorączka powrotna, (chociaż ją zwaliśmy gorączką nieżytowo-żołądkową i żółciową, a miano jéj dopiero się utarło w roku 1864, kiedy w Rosyi panowała epidemija), nie podawaliśmy chininu, a jednak chorzy wyzdrowieli, nie później aniżeli teraz, i śmiertelność wówczas przynajmniéj w mojéj klienteli była prawie żadna.

Wskazania terapeutyczne jakiejkolwiekbądź choroby wychodzić powinny z zakładów publicznych szpitalnych lub klinicznych, bo tam rozważyć można wszystkie okoliczności, stósować rozmaite leki, a otrzymać wypadki rzetelne, prawdziwe, a nie idealne; w tym podobno kierunku robił doświadczenia p. Dr. Pareński docent i lekarz ordynujący w szpitalu św. Łazarza na swoim oddziale, a może tém pismem skłoni się do podania wypadku swych badań *).

Dr. Warschauer.

VI. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków**, dn. 6 czerwca. W sprawie przypuszczenia niewiast do uczęszczania na wykłady uniwersyteckie p Minister oświaty przepisał dla wszystkich uniwersytetów austryjackich następujące zasady ogólne: W duchu obowiązujących przepisów nie może być mowy o ogólném przypuszczeniu niewiast do nauk uniwersyteckich, ponieważ jest zasadą, że nauki wyższe udzielane być winny zawsze przy rozdziale obojéj płci. Można więc niewiasty przypuścić do nauk uniwersyteckich tylko wyjątkowo i śród okoliczności szczególnych, w każdym przypadku uwzględnić się mających. Wyjątek taki możebny jest wtedy, jeżeli się ogłosi wykłady osobne dla niewiast, jeżeli wykłady takie usprawiedliwić się dadzą szczególnemi okolicznościami, w takich atoli nawet razach zawsze potrzeba poprzedniego zezwolenia ministerstwa oświaty. Natomiast tylko w nader wyjątkowych przypadkach dozwolić można niewiastom uczęszczania na wykłady przeznaczone dla młodzieży męskiéj. Czy przypadek taki zachodzi, o tém rozstrzyga Wydział w porozumieniu z wykładającym; gdyby zaś nie przyszło w téj mierze do porozumienia między Wydziałem a wykładającym, o przypuszczeniu mowy być nie może. Senatowi akademickiemu służyć będzie zawsze prawo uchwalenia, aby niewiasty wykluczone były w zupełności od wszystkich wykładów uniwersyteckich. Uchwały w téj mierze zapadłe tak Wydział jako Senat obowiązane są zapisać do protokółów wraz z pobudkami, a minister po przejrzeniu protokółu zastrzega sobie prawo stanowienia, co uzna za stósowne. Ale i w tych przypadkach wyjątkowych, w których niewiastom dozwoloném będzie uczęszczanie na wykłady, nie można ich imatrykulować ani zapisać jako uczennice nadzwyczajne, a

*) **Uwaga Redakcyi**: Życzeniu Szan. Korespondenta stanie się po części zadosyć w numerze przyszłym, w którym zamieścimy sprawozdanie ze szpitala św. Ludwika.

tém samém nie można im udzielać urzędowego poświadczenia, że zostały przypuszczone, nawet nie wolno im dawać świadectwa frekwentacyi; pozostają one bowiem ograniczone do uczęszczania *(hospitowania)*.

* N. Pan zatwierdził wybór na członków korespondentów Akademii Umiejętn. w Krakowie Drów Józefa Rostafińskiego docenta botaniki i Izydora Kopernickiego, antropologa.

* Według wykazów nadesłanych nam liczba gości kąpielowych w Cieplicach czeskich wynosiła w d. 1 b, m. 1841.

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 21 (od 19—25 maja) umarło w Krakowie osób 40; 20 mężczyzn i 20 kobiet; 23 osób umarło w obwodach i 17 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 37,1; W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 3, mianowicie; 1 osoba z duru brzusznego, 1 z duru powrotnego, 1 ze zimnicy.

Wiedeń. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. prof. Brücke przedstawił asystenta swego i docenta Dra Ernesta Fleischla, prof. Braun zaś docenta akuszeryi Dra Karola Rokitańskiego na profesorów nadzw.; natomiast docenci Drowie Stoffela i Winternitz sami upraszali o zamianowanie ich profesorami, pierwszy u Wydziału, drugi wprost u Ministerstwa oświaty — Asystent Dr. Jan Chiari habilituje się jako docent anatomii patologicznéj.

* Wiec najbliższy stowarzyszeń lekarskich austryjackich odbędzie się w Gracu.

* **Berlin.** Dr. Flugge, b. asystent prof. Hofmanna w Lipsku, habilitował się w Berlinie jako docent higijeny.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rekopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 15 Czerwca 1878. № 24. Rok XVII.

I. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci.

Gorączka powrotna wieku dziecięcego.

Przez Dra **A. Kwaśnickiego.**

Na wykazaniu osobliwości fizyjologicznych cechujących wiek dziecięcy, na zaznaczeniu właściwego wiekowi temu przebiegu chorób, oraz swoistém oddziaływaniu ustroju dziecięcego na pierwiastki lecznicze, opiera się to stanowisko autonomiczne pedyjatryi, które ona zajęła w dziedzinie nauk lekarskich. Samodzielność ta uznana i poręczona, wymaga jeszcze usprawiedliwienia w stosunku do takich jednostek chorobowych, jaką jest np. gorączka powrotna; bo chociaż nie brak odcieni, cechujących jéj wyłączny przebieg u dzieci, choroba ta nie została jeszcze należycie odwzorowaną przez autorów podręczników pedyjatrycznych, nie doczekała się wytworzenia tego pierwowzoru, na który wskazać by mógł nauczający, a przyswoić sobie uczący się; uwzględniali wprawdzie pisarze, opracowujący gorączkę powrotną, wiek dziecięcy, lecz z tych luźnych napomknień, pozbawionych przewodniéj myśli i dostatecznego zapasu spostrzeżeń, nie da się wytworzyć całość kliniczna.

Chociaż od czasu uznania gorączki powrotnéj za jednostkę chorobową Francyja najmniéj ze wszystkich państw kontynentu ulegała jéj nagminnemu nawiedzeniu, to jednak okoliczność ta nie może usprawiedliwić autorów francuskich, którzy w podręcznikach pedyjatrycznych nie wspominają o gorączce powrotnéj, a uwaga ta dotyczy i w przeszłym roku wydanéj pedyjatryi PP. D'Espine i Picot w Genewie. Pedyjatrzy niemieccy poświęcają téj chorobie mniéj lub więcéj znaczne działy, lecz ich zapatrywanie się a szczególnie liczby, na które powołują się, wymownie świadczą, że sami nie spostrzegając żadnéj większéj epidemii, przyswoili pedyjatryi cenne prace Griesingera i innych autorów, nie odnoszące się do wieku dziecięcego, a zarzut ten da się zastosować i do dzieła Steinera skądinąd doskonałego. W zbiorowéj pracy G e r h a r d t a *Handbuch der Kinderkrankheiten*, w zeszycie 2gim, podaje W y s s z Zurychu monografiję gorączki powrotnéj u dzieci, stanowiącą już utwór samodzielny, lecz sam autor, nie będąc zbyt zamożny w osobiste doświadczenie, skupił wszystkie luźne uwagi pedyjatrów niemieckich i angielskich, którzy pisali o gorączce powrotnéj i dlatego daty podane są w wielkiéj z sobą niezgodzie, mnóstwo szczegółów nie daje się związać w całość kliniczną; osobny dział, poświęcony rozumowaniu i roztrząsaniu objawów gorączki powrotnéj jest poprostu bezładném nagromadzeniem szczegółów, z których autor i czytelnik nie są w stanie wysnuć żadnéj syntezy; lecz w tem nie jest wina Wyssa, którego pracy nikt nie waży się odmówić prawdziwéj wartości, snać za mało jeszcze spostrzegano gorączkę powrotną u dzieci, za mało zebrano dat i szczegółów dotyczących jéj przebiegu, oraz uwag statystycznych, anatomicznych i terapeutycznych, ażeby już ośmielono się skreślić jéj pierwowzór kliniczny; słowem za mało skupiono materyjału jednorodnego, ażeby budowa stanęła na trwałych fundamentach. W celu więc powiększenia tego materyjału, zamierzyłem, zachęcony i pokierowany przez prof. Jakubowskiego, uczynić sprawozdanie z 24 przypadków, spostrzeganych i leczonych w krakowskim szpitalu św. Ludwika dla dzieci; a ponieważ pierwszy raz spostrzegałem gorączkę powrotną i to wyłącznie na dzieciach, obcemi będą téj pracy wszelkie uwagi i reminiscencyje, dotyczące wieku dojrzałego. Liczba 24 przypadków zbyt jest małą, ażeby się kusić można było o rozstrzygnięcie pytań spornych, lecz dodana do innych powiększa ona ilość tego budulca, który zużytkuje z czasem jakaś uprawniona ręka.

Pierwsi angielscy autorowie Ritter i Baker zapisali w rocznikach lekarskich gorączkę powrotną, która nagminnie miała panować w latach 1739, 1741 i 1777 w Anglii, następnie spostrzegano ją w Szkocyi i Irlandyi w latach 1816 i 1821; nie mogąc odróżnić gorączki powrotnéj od duru wysypkowego, który jednocześnie panował, uważali autorowie angielscy tę chorobę za jedną z postaci duru; śmieléj orzeka O'Brien, rozróżniając łagodną g o r ą c z k ę d u r o w ą n o w é j k o n s t y t u c y i, od złośliwéj, dawniéj znanéj. Dopiero koło roku 1840 pojawiły się w Anglii pierwsze monografije o gorączce powrotnéj, skierowane

do wytworzenia z niéj osobnéj jednostki chorobowéj. Z nawiedzeń w późniejszym czasie spostrzegano gorączkę powrotną w roku 1842 i 1844 w Irlandyi i Szkocyi, w 1846, 1848, 1855, 1859 i 1860 w Anglii, w 1847, 1848 i 1868 na Szląsku i Pomorzu, w 1872 w Berlinie, Szczecinie, Wrocławiu i Poznaniu, w 1866 w Paryżu, w 1840 i 1841 w Moskwie, w 1863 w Odessie, w 1864 i 1865 w Petersburgu, w 1867 w Helsingforsie. Co do innych części świata, to najczęściéj nawiedzonemi były Indyje, następnie Nowy York, Algier, Egipt, gdzie Griesinger poczynił swe cenne spostrzeżenia w r. 1851. Okolice Krakowa nawiedzonemi były w r. 1865, oraz 1874.

Przypuścić jednak można, że gorączka powrotna nie należy do chorób nowych i że pojawienie się jéj przed $1\frac{1}{2}$ wiekiem było więcéj wynikiem postępu wykształcenia lekarskiego, aniżeli ukrytych jakichś zmian teluryczno-klimatycznych, przeobrażeniami kuli ziemskiéj wywołanych. Panując zwyczajnie po durze wysypkowym, lub podczas téj epidemii, nie bywała gorączka powrotna należycie od duru odróżnianą, a tém bardziéj mogła być pomięszaną z zimnicą, ze względu na okresowy przebieg, na obrzęk śledziony, na poty, które najczęściéj w obu chorobach zakończają napad, zwłaszcza że i napady zimniczne kilkodniowe w krajach błotnych nie są rzadkością, a kto wie, czy dawny sposób zadawania chininu co 7 dni w ciągu miesiąca by zapobiedz powrotowi zimnicy w tych tygodniowych okresach, nie polegał właśnie na pomięszaniu pojęć o wspomnionych dwóch zakaźnych chorobach.

Przyczyny gorączki powrotnéj, jak w ogóle wszystkich chorób zakaźnych, kryją się w mgle otaczającéj świat tych pierwotworów, które niewidzialne, staczają bezustanne walki z rodzajem ludzkim. Jeśli przyrzut durowy wyłania się jak sądzą z gnicia ciał zwierzęcych, a zaduch zimniczy z gnicia ciał roślinnych, jeśli z drugiéj strony gorączka powrotna zwykle nawiedza okolice, gdzie dwie powyższe choroby już panowały, lub w czasie ich grasowania, to przyczynowy związek, zachodzący między wspomnionemi trzema chorobami, staje się niewątpliwym; nie wynika z tego, ażeby twory wywołujące dur, zimnicę i gorączkę powrotną były te same, lecz są okoliczności zewnętrzne, które sprzyjają rozwojowi wszelkiego rodzaju niższych ustrojów, a od jakości takowych zależy jakość wywołanéj niemi choroby. Lecz sama obecność zarodników w kurzu, pokrywającym ściany i sprzęty naszych mieszkań, oraz zawieszonym w powietrzu i nadmierny rozplen takowych w rozkładających się ciałach roślinnych i zwierzęcych, przyczém zarodniki odgrywają rolę zaczynu, nie wytłumaczy nam wyczerpująco sposobu powstawania chorób zakaźnych, gdyż trudnoby było zrozumieć, dlaczego w obec rozkładającéj się krwi i wielkiéj obfitości gnijących po obszarze jatek cząstek mięsnych rzeźnicy nie zapadają częściéj na dur, dlaczego rzadszą jest u nas zimnica w zimie, kiedy lud nasz składa w téj porze roku ziemniaki i inne porastające jarzyny do izb mieszkalnych; skądinąd genijalna teoryja Pettenkofera o powstawaniu przyrzutu i zaduchu w skutek względnego obniżania się poziomu wody zaskórnéj nie wiele również wyjaśni w obec rok rocznie spostrzeganych epidemij, których wybuch nie da się odnieść do obniżenia się poziomu wody zaskórnéj; przeto prócz zarodników i ich nadmiernego rozplenu istnieje jeszcze jeden warunek do wywołania zakażenia, a nim jest przysposobienie w ustroju gleby, na któréj by pierwotwory mogły odbywać swe sprawy życiowe. Jak niedość jest zetknąć jęczmień z drożdżami, ażeby otrzymać piwo, tylko trzeba jęczmień pod postacią słodu postawić w warunkach niezbędnych dla życia drożdży, tak również niedosyć jest obecności bezustannéj zarodników w powietrzu, lecz dla powstania zakażenia trzeba, aby organizm znalazł się w warunkach przychylnych rozwojowi tych zarodników, a odporność jego jest w prostym stosunku do jego siły życiowéj; pomimo największéj czujności trudno ustrzedz głowę dziecka przed pasorzytem, który w sile wieku daje się usunąć przy bardzo małych zachodach i czystości, a natomiast u osób złożonych przewloczną chorobą, znowu staje się trudnym do wygubienia; pleśniawka jest również przynależytością wieku dziecięcego, oraz smutnym przywilejem mających wkrótce dokonać żywota; słowem, jeśli ustrój daje słabą odporność, bądź w skutek wieku, bądź chorób, bądź złych warunków zdrowotnych, staje się on glebą, na któréj niższe twory znajdują warunki do swego bytu, i tu należy szukać przyczyny tych epidemij, które towarzyszą głodowi, grasują w koszarach i więzieniach, oraz dziesiątkują zastępy wojenne w czasach długich walk, a niedostatecznych warunków odżywczych; zdaje się, że ustrój ludzki ustawicznie walczy o byt z tymi niewidzialnymi zapaśnikami i ulega im w chwilach fizyjologicznego ubóstwa i dlatego sądzi Naegeli, że tą siłą odporną żyjącego ciała jest siła żywotna; tłumaczenie powyższe jest bezwątpienia nienaukowém, gdyż przesądza o istnieniu w ustroju, a niezależnéj od niego siły, nie mającéj związku z sprawami życiowemi zwierzęcia; w zbiegu żywych sił i przez nie dokonywanych czynności fizyczno-chemicznych w ustroju leży tajemnica téj odporności życiowéj, którą Kauffman pod kierunkiem profesora Nenckiego doświadczalnie w ostatnich czasach usiłował udowodnić, spostrzegając, że tlen przepuszczony przez odwłókniona i bakteryjami zanieczyszczoną krew tworów tych, które żyły i ruszały się, nie naruszał, podczas gdy ciałka krwi ulegały wstecznemu przeobrażeniu i rozpadały się; natomiast po przepuszczeniu ozonu przez krew podobnie, jak powyżéj przygotowaną, bakteryje stawały się nieruchomemi, ciałka zaś krwi nie ulegały żadnéj zmianie; według tego badacza więc tlen ukwasza krew pod postacią ozonu, który, jak to dowiodły liczne doświadczenia, zabija pierwotwory lub je ubezwładnia i powstrzymuje rozplen; dopóki więc reakcyja ozonu utrzymana, zarodniki niższych ustrojów nie mogą rozwinąć się w ciele naszém, lecz gdy dla przyczyn, zawartych w samym ustroju, lub dla warunków zewnętrznych utlenianie nie odbywa się pod postacią ozonu, warunki życiowe dla rozwoju pierwotworów są ułatwione i zakażenie niemi ustroju ma miejsce. Już Schoenbein wynalazca ozonu stwierdził jego przeciwgnilne własności, a od tego czasu wielu badaczy przekonało się, że ozon rzeczywiście zabójczo działa na pierwotwory, lecz pomimo całéj ponętności teoryi Kauffmana, poprzestaję tylko na jéj przytoczeniu, czekając na dalsze wyniki usiłowań przedsięwziętych w pracowniach fizyjologicznych; lecz dziś trudno już oprzeć się przypuszczeniu, że warunkiem powstania zakażenia jest naruszenie chemicznych procesów w ustroju.

Jeśli więc rzeczywiście dla wybuchu epidemii potrzebnemi są trzy warunki, a mianowicie: nieczystość powietrza, w którym pozostają zarodniki, nagromadzenie ciał organicznych w stanie rozkładu, w których zarodniki się plenią i utracenie odporności żywotnéj organizmu ludzkiego przez ubóstwo fizyjologiczne wywołane, to w jakimże stosunku znajduje się powyższe zapatrywanie do tegorocznéj epidemii gorączki powrotnéj w Krakowie? Co do dwóch pierwszych wa-

runków, to na powyższe pytanie odpowiada już ta okoliczność, że na 24 chorych leczonych na gorączkę powrotną w szpitalu św. Ludwika, 12 przybyło wprost z ogrzewalni, inne zaś dzieci należały do najuboższych w mieście rodzin, mieszkających w wspólnych ciemnych, brudnych i wilgotnych mieszkaniach; co się zaś tyczy warunku trzeciego, to ludzie szukający przytułku w zimowych schroniskach należą do najwięcéj zaniedbanych moralnie i fizycznie, nieposiadających elementarnych pojęć o czystości, ulegających wszelkim nałogom, cierpiących z powodu niedostatecznego pożywienia, walczących z sprzecznemi okolicznościami, a więc z podkopaném zdrowiem, z utratą energii życiowéj, a liczba takich w drugiéj połowie tegorocznéj zimy była zatrważającą. W tak korzystnych wytworzony warunkach przyrzut, początkowo nagromadzony w ognisku swego wyłonienia się, udzielał się przez przeniesienie takim miejscom, gdzie klijentela z ogrzewalni najczęściéj i najliczniéj gromadziła się, a więc po szynkach, szpitalach, w domach gdzie ubogim rozdawano strawę itd. Wyss utrzymuje, że przy takiém przenoszeniu przyrzutu dzieci i osoby osłabione najczęściéj ulegają zakażeniu, z czego osoby silne nie są wyjęte; przyczyny klimatyczne nie wpływają na wybuch i przebieg epidemii. Münch i Moczutkowski szczepiąc krew zakażoną spirylami osobom zdrowym przekonali się, że tą drogą gorączka powrotna nie łatwo się udziela, co również przemawia za tém, że tylko obniżenie siły odpornéj, któréj tajemnica kryje się w energii czynnościowéj ustroju, prowadzi niechybnie do udzielenia się zakażenia z jednego organizmu drugiemu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

napisał prof. Dr. **Blumenstok.**

III. Morderstwo w kopalni.

Paweł Gąsior z Psar, lat 35 liczący górnik, wyszedł d. 22 marca 1876 r. z rana o godzinie 6éj do szybu Fryderyka w rewirze górniczym Lgockim znajdującego się, zabrawszy z sobą lampkę i kawałek placka. Gdy jednak na noc nie powrócił do domu, jak to zawsze zwykł był czynić, żona zaniepokojona mocno nad ranem d. 23 marca wyszła celem szukania go; doszedłszy do szybu Fryderyka spostrzegła, że drabina do szybu wiodąca była przyprószona śniegiem, który spadł był w nocy, a na drabinie nie było widać żadnych śladów od stóp ludzkich.

W głębokości około 16 sążni pod ziemią znajdują się dwa chodniki tak niskie, że człowiek wzrostu średniego tylko schylony chodzić może; obok jednego z tych chodników znaleziono wydrążenie wielkości najwięcéj 1½ sążnia kwadratowego o ścianach nierównych, téj saméj co chodnik wysokości. W tém to wydrążeniu ludzie, którzy na prośbę Gąsiorowéj spuścili się po drabinach do szybu, znaleźli Pawła Gąsiora bez życia leżącego, wyprostowanego, „zimnego i twardego;“ odnogi dolne i ręka lewa przywalone były skałą potężną, po stronie zewnętrznéj w jedném miejscu okazującą plamę krwawą, jakby od obtarcia ręki pochodzącą; głowa zaś opierała się na kamieniu, na którym leżała i czapka zmarłego; niedaleko trupa znaleziono kopaczkę jego powalaną krwią, do któréj przylegały włosy, daléj młot czysty, lampkę dennata, z któréj mało oleju ubyło, torbę jego, mieszczącą w sobie nieco ołowiu i nietknięty kawał placka, który był zabrał ze sobą wychodząc dniem wprzódy z domu, wreszcie taczki, które zarówno jak kamienie naokoło trupa znajdujące się i ziemia w pobliżu onego obficie krwią były powalane.

Zwłoki zostały wyniesione z kopalni, a d. 26 marca przystąpiłem razem z kol. Zarębą do sekcyi; z protokółu podaję ważniejsze szczegóły:

I. Oględziny zewnętrzne: 1—4) Zwłoki mężczyzny lat 35 liczyć mającego, nieźle zbudowanego, miernie odżywionego, a mającego na sobie: *a)* kaftan płócienny powleczony galmanem; rękaw prawy w dolnéj połowie naokoło mocno krwią powalany i przesiąknięty; *b)* koszulę płócienną pod szyją zapiętą, poniżéj zaś z przodu mocno poszarpaną i nieco zbroczoną; rękaw prawy w dolnéj połowie mocno krwią powalany; *c)* białe gatki płócienne, niepowalane; *d)* wierzchnie grube płócienne gatki (zamiast spodni) galmanem powalane; na nogawce prawéj po stronie zewnętrznéj dość duże plamy krwi. Stężenia trupiego już niema, grzbiet cały zajęty plamami pośmiertnemi jasno-brunatnemi, brzuch zaś zielono zabarwiony.

5) Na głowie włosy ciemne, gęste, dość długie. Nad samym szwem strzałkowym i równolegle do niego przebiega rana rozpoczynająca się od szwu wieńcowego a biegnąca ku tyłogłowiu, podłużnoowalna, 12 cm. długa a 6 cm. największéj szerokości mająca, do saméj kości drążąca.

6) W przednim odcinku téj rany w bliskości szwu wieńcowego znajduje się otwór w sklepieniu czaszki, prawie okrągły, bo tylko ku szwowi wieńcowemu gruszkowato kończący się, 3 cm. długi a 2½ cm. szeroki, przez który mózg i wciśnięte kawałki czaszki widać; za pomocą palca w otwór ten wprowadzonego przekonać się można, że mózgowie nieco odstaje od czaszki. Przy brzegach rany głowowéj nie widać podbiegnięcia krwi.

7—9) Czoło krwią powalane, na szyi z przodu nad grdycą kilka drobnych otarć, po nacięciu nie okazujących podbiegnięcia krwi.

10) Na klatce piersiowéj nad mostkiem poniżéj przyczepienia 2go żebra plama sino-czerwona okrągława, nie dokładnie ograniczona, 15 cm. długa i tyleż szeroka, po nacięciu nie tylko skóra jest podbiegniętą ale i mięśnie są krwią nasiąknięte.

11) Nad łopatką lewą dwa otarcia pergaminowo twarde, wielkości centa, niepodbiegnięte krwią.

12) Po prawéj stronie nadpępcza kilka otarć bez podbiegnięcia.

13) Napletek członka pokrywa w małéj części żołądź, z przodu ułożony w kilka fałdów wyraźnie ugniecionych.

14) Grzbiet, a po części i dłoń ręki prawéj, mocno krwią powalane; niema jednak na ręce ani śladów obrażenia, ani w niéj nie ma ciał obcych.

15) Nad stawem napięstkowym lewym po stronie dłoniowéj kilka plamek okrągłych, drobnych krwi, jak od krwi tryskającéj.

16) Nad krętarzem większym lewym siniec 6 cm. długi i 4 cm. szeroki; po nacięciu wylewa się dużo krwi płynnéj; mięsień pośladkowy wielki mocno krwią nasiąkły.

17) W górnéj ⅓ części uda prawego z przodu w kilku miejscach starty przyskórek odstawa małemi szmatkami; skóra w tych miejscach nie jest zaczerwienioną.

18—19) Na podudziu lewém kostka zewnętrzna sterczy mocno na zewnątrz pod skórą, podczas gdy stopa skie-

rowaną jest na wewnątrz a brzeg jéj wewnętrzny nieco ku górze. Skóra nad kostką zewnętrzną nie jest wcale siną, jednak po nacięciu i otwarciu stawu takowy okazuje się mocno krwią podbiegnięty.

II. Oględziny wewnętrzne: 20) Powłoki czaszkowe blade; brzegi rany opisanéj pod l. 5 po stronie wewnętrznéj mocno ugniecione i nieco poszarpane; podbiegnięcia niema.

21) Sklepienie czaszki cienkie; otwór opisany pod l. 6 okazuje brzegi na pierwszy rzut oka gładkie i równe; przy bliższém jednak oglądaniu widać liczne drobne kolce i zatoki. Okostna na około otworu mało co podbiegnięta.

22) Po stronie wewnętrznej sklepienia widać, że do otworu przylega kilka odłamków, łatwo odjąć się dających.

23) Na oponie twardéj w miejscu odpowiadającém otworowi w sklepieniu leży kilkanaście kawałków kości i skrzep czarny dość wielki. Opona sama nigdzie nie jest uszkodzoną.

24) Opony miękkie po nad półkulą prawą powleczone są cienką warstwą krwi brudnéj, płynnéj. Opony same nie zbaczają.

25) Mózgowie zbite; na przekroju jego występują w istocie rdzennéj liczne kropki krwawe; w komórkach bocznych nieco płynu czystego. Na pionowych przecięciach obydwóch płatów czołowych okazują się od przodu aż do szpary Sylwijusza tak w istocie korowéj, jako rdzennéj bardzo liczne grupy plamek drobnych, albo raczéj kropek krwawych barwy ciemno-czerwonéj, nie dających się ani zmyć ani ścierać; każda z poszczególnych grup ma wielkość bobu dużego, a kropki pod względem barwy różnią się znacznie od kropek napotkanych w istocie białéj innych płatów, a mających barwę jasno-czerwoną. Nadto w płacie czołowym prawym znachodzi się także jamka wielkości orzecha laskowego, wypełniona krwią ciemną płynną, a ściany téj jamki są nierówne, nieco zmiażdżone.

26—27) Na podstawie mózgowia nie ma zmian. Podstawa czaszki nieuszkodzona; w zatokach żylnych dość dużo krwi płynnéj i skrzepłéj.

28—29) Po przecięciu powłok klatki piersiowéj widać mięśnie międzyżebrowe po stronie lewéj w połowie górnéj krwią nasiąkłe. Żebro 5te po stronie lewéj w części chrząstkowéj nadłamane.

30) Po przecięciu powłok brzusznych okazuje się mięsień biodrowy wewnętrzny po stronie lewéj mocno krwią ciemną nasiąkły.

31—34) Płuco lewe mocno przyczepione, opłucna ścienna mocno krwią podbiegnięta, ale nieuszkodzona. Płuco to okazuje pęcherzyki rozszerzone, zwłaszcza przy brzegach, a na rozkroju wydaje dużo płynu pienistego białego. Płuco prawe mniéj przyczepione, mniéj rozdęte i mało piany wydające. Krtań i tchawica próżne, błona śluzowa blada.

35) Mięsień sercowy obficie tłuszczem powleczony, komórka lewa nieco przerosła, w prawéj dużo skrzepów, zastawki prawidłowe.

36—37) Wątroba na rozkroju niedokrewna, żółtawa. Śledziona bardzo mała, torebka jéj pomarszczona.

38—40) Nerka lewa nieco spłaszczona, na przekroju widać w miednicy dość dużo krwi płynnéj nagromadzonéj. Nerka prawa na powierzchni zewnętrznéj okazuje bardzo gęste rozgałęzienie naczyń, na przekroju blada. Pęcherz moczowy zawiera około 100 gramów płynu.

41—42) Jelita zawierają dużo kału, żołądek prawie próżny, błona śluzowa jego powleczona śluzem; żołądek nie wydaje żadnéj woni charakterystycznéj.

43—44) W jamie brzusznéj nie ma wynaczynienia krwi, otrzewna prawidłowa; po wyjęciu trzew nie znachodzi się żadnego uszkodzenia miednicy, kręgosłupa lub żeber, z wyjątkiem żebra 5go lewego.

III. Opis kopaczki i czapki. 45) Kopaczka składa się ze styliska i z żelaza. Stylisko drewniane 39 cm. długie, 9 cm. obwodu mające, w całéj swéj długości powleczone smugami krwi. — Ostrze kopaczki ma postać liścia okrągławego; długość największa jego wynosi 19 cm. a szerokość 17 cm. Tak na wierzchniéj jako na spodniej płaszczyźnie obok galmanu znachodzą się smugi krwawe, zwłaszcza w połowie lewéj (jeżeli kopaczkę trzymamy ku sobie tyłcem obucha); następnie na połowie lewéj obucha również widać obfite plamy krwi, a wśród nich kilka do żelaza przylegających włosów, 5—5 cm. długich, téj saméj barwy ciemnéj co włosy denata.

46) Czapka gruba, brudna, nie przecięta; po stronie wewnętrznéj na poszewce kilka plam krwawych lśniących, do których przylega kilka włosów.

Po ukończeniu oględzin wydaliśmy orzeczenie tymczasowe téj treści:

1) Paweł G. umarł w skutek udaru mózgowego, wywołanego obrażeniem głowy;

2) obrażenie to zdziałane zostało jedno- lub dwurazowém uderzeniem za pomocą kopaczki wyżéj opisanéj;

3) obrażenie to zadane zostało przez osobę trzecią;

4) przytłoczenie skałą mogło przyspieszyć śmierć.

Uzasadnienie tego orzeczenia tymczasowego, oraz kolej, w któréj obrażenia zadane zostały, podamy po dojrzałéj rozwadze, oraz po rozpatrzeniu się w opisie miejscowości; zarazem prosimy o wyjaśnienie: *a)* ile skała w przybliżeniu mogła ważyć i *b)* czy skała musiała spaść nagle i z jakiéj wysokości, lub też, czy mogła powoli zesunąć się.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu chirurgicznem niedrożności jelit z opisem dwu przypadków przecięcia jelita *(enterotomia).* (Sprawozdanie z rozprawy Tomasza Bryanta, czytanéj w Tow. lek. londyńskiém dnia 29 kwietnia 1878.) Podał Dr. Stanisław Poniklo.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23.)

Tak nakreśliwszy rozpoznanie ściślejsze dwu najczęstszych przyczyn zaparcia jelitowego przychodzi autor do wniosku, iż we wszystkich przypadkach zaparcia jelita grubego, skoro przez pewien czas podawane leki kojące lub rozwalniające nie odniosły pożądanego skutku, należy bezzwłocznie przystąpić do krwawego otwarcia jelita grubego *(colotomia)*; rękoczyn ten ma być wykonany w lewéj okolicy lędźwiowéj, gdy przyczyna zaparcia jest w odbytnicy lub zakrzywieniu esowatém, w prawéj okolicy lędźwiowéj zaś w tych przypadkach, gdzie siedziba cierpienia dokładnie oznaczoną być nie może. Tablica podana powyżéj poucza bowiem, że zaledwie w 1ym na 15 przypadków możnaby się spodziewać zapory powyżéj kiszki ślepéj umiejscowionéj. Sądzi zresztą, że ko

lotomija po stronie prawéj wykonana daje wyniki zarówno zadowalające, jak wykonana po stronie lewéj.

Co się tyczy zaś przypadków niedrożności jelita cienkiego poleca Bryant wykonanie przecięcia jelita *(enterotomia)*. Rękoczyn ten polega na otwarciu jelita przez ranę uskutecznioną w powłokach brzusznych po nad prawą lub lewą pachwiną i następowém utworzeniu sztucznéj rzyci *(anus praeternaturalis)*. W tych przypadkach jednak można nieco dłużéj wyczekiwać, gdyż właśnie tu podawanie leków mających na celu ułatwienie przesuwania treści jelitowéj stosunkowo najwięcéj zdziałać jest w stanie. Podaje tu autor dwa przypadki enterotomii wykonanéj przez siebie z wynikiem zupełnie pomyślnym w Guy's Hospital. Z tych jeden dotyczył mężczyzny lat 57 liczącego, który przybył do szpitala z objawami uporczywego zaparcia żywota i peryjodycznemi napadami gwałtownego bólu brzucha połączonego z wymiotami często kałowemi; napady te podczas pobytu chorego w szpitalu wzmagały się, stając się coraz groźniejszémi i częstszemi. Można było stwierdzić znaczne rozdęcie brzucha i wymacać rozdęte pętle jelitowe; ściany brzuszne napięte, mięśnie brzuszne proste silnie wyprężone. Bryant rozpoznawszy niedrożność jelita cienkiego wykonał enterotomiję po stronie prawéj: ku temu celowi uskutecznił cięcie równoległe z więzem Pouparta strony prawéj na $1\frac{1}{2}$ cala po nad tymże, długie na $2\frac{1}{2}$ cala, a otworzywszy wyciągniętą przez ranę pętlę jelita cienkiego w rozległości $\frac{1}{4}$ cala zespolił brzegi cięcia jelitowego z brzegami rany powłok brzusznych tworząc w ten sposób rzyć sztuczną. Dziesiątego dnia po operacyi brzegi rany były zupełnie spojone i można było wyjąć szwy. W miesiąc rana zagoiła się w zupełności i dozwolono choremu wstawać z łóżka. W rok po rękoczynie chory zgłosił się był do szpitala w stanie zupełnego zdrowia. Drugi przypadek dotyczy mężczyzny lat 40 liczącego, u którego rozpoznanie było takie same jak w poprzednim przypadku. Enterotomija wykonana również po stronie prawéj doprowadziła do wyniku równie pomyślnego. Naznaczyć tu należy, że w obu tych przypadkach nie uważano żadnego znaczniejszego zaburzenia ogólnego, znaczniejszéj gorączki przyrannéj lub oznak zapalenia otrzewny.

Co do objawów ostatniéj grupy przypadków niedrożności jelita tj. wgłobienia *(intussusceptio)*, te mogą być albo nagłe albo przewlekłe. Zależy to od tego, czy wgłobienie [illegible]wołało zupełne uwięzgnięcie jelita lub tylko zwężenie takowego. W każdym razie jednak przypady występują niespodziewanie, nie poprzedzone zwykle żadnemi przypadami zwiastunowemi. Rzadko braknie już z samego początku parcia na stolec połączonego z wypływem śluzowo-ropiastym, zwłaszcza gdy część biodrowa jelita cienkiego jest zajętą. Wgłobienie nagle wywołujące odrazu niedrożność jelita może być zamienione z początku z zaciśnięciem jelita przez więzy lub pasma wrzekome. W obu razach cierpienie poczyna się nagle i połączone jest z zapadem, lecz w przypadkach zaparcia jelita więzami wrzekomemi, ból umiejscowia się z samego początku, występuje napadami i trwa aż do końca, nie towarzyszy mu parcie na stolec. W przypadkach wgłobienia ból jest zmienny tak co do siedziby swéj, jak nasilenia i może być często złagodzony przez ucisk, w dalszym przebiegu nawet często ustępuje zupełnie, parcie na stolec jest tu stałym przypadem. W przypadkach zaparcia jelita skutkiem więzów wrzekomych wymioty stają się bardzo rychło kałowemi i są objawem stałym; prawie nigdy nie braknie zaparcia żywota i niezdolności wydalania gazów jelitowych. Przy wgłobieniu wymioty wprawdzie mogą być także kałowe, lecz nie są tak uporczywe i często ustępują w zupełności w dalszym przebiegu, za to parcie na stolec i stolce śluzowo-krwawe cechują wgłobienie jelita. W pierwszym rodzaju przypadków środkowe lub podpępkowe rozdęcie brzucha jest wczesnym objawem, we wgłobieniu może go zupełnie nie być. Przy wgłobieniu można czasem wymacać przez powłoki brzuszne obrzęk podłużny, twardy; jeżeli wgłobienie dotyczy odbytnicy, można część wgłobioną stwierdzić przez badanie palcem; tu jednak należy się strzedz, aby nie wziąć skrzepu krwi w odbytnicy za część wgłobioną.

W przypadkach wgłobienia jelita zaleca Bryant najmniéj się spieszyć z zabiegami energiczniejszemi; gdyż znane są przypadki, gdzie wgłobienie ustępuje nawet bez żadnéj pomocy lekarskiéj, albo bezpośrednio przez uwolnienie się części wgłobionéj, albo pośrednio przez zgorzel tejże, odpadnięcie i następowe zlepienie końców rury jelitowéj. Jednak w przypadkach wgłobienia nagłego, gdzie jelito jest widocznie w zupełności uwięzgło, należy działać bezzwłocznie, tak jak to zalecono w przypadkach zaparcia nagłego z innych przyczyn.

Chociaż w przypadkach wgłobienia leczenie operacyjne, jak Bryant przyznaje, stosunkowo najmniéj pomyślne dało wyniki, to przecież nie należy i tu odmawiać choremu choćiażby najmniejszéj szansy wyleczenia przez operacyję, skoro bez tejże wynik śmiertelny koniecznem jest następstwem.

Hutchinson *(Med. Chir. Trans. vol. LVII. 1874.)* przytacza przypadek wgłobienia u dziecka 2-letniego, u którego w 30tym dniu objawów zdołał uwolnić jelito wgłobione ze skutkiem pomyślnym. Podobne przypadki podają Marsh, House, Fagge *(Med. Chir. Trans. LIX. 1876.)* i Sands *(New York Med. Journal, June 1877.)*.

Autor zaleca nie zaniedbywać w przypadkach wgłobienia także innych mniéj energicznych zabiegów leczniczych, jak wydymania jelita gazami, powietrzem lub lepiéj więcéj elastycznym kwasem węglowym, lub też wypełniania płynami. Wspomina również o przewróceniu ciała, zabiegu polecanym w nadziei, że ciężar treści jelitowéj powyżéj części wgłobionéj może sprawić uwolnienie jelita wgłobionego. Makowiec również może w lżejszych i więcéj przewlekłych przypadkach być podawany z korzyścią, nie tylko jako lek kojący bóle, lecz osłabiający ruch robaczkowy jelit; postępowanie takie uważa jednak za stósowne tylko z początku cierpienia, gdzie rozpoznanie nie jest pewne, lub gdzie z innych przyczyn postanowiono zaniechać operacyi.

Zapatrywanie Bryanta na leczenie niedrożności jelita można streścić jak następuje:

1) Laparotomija jest jedynym środkiem racyjonalnym w przypadkach nagłego zaparcia jelitowego skutkiem więzów i pasem wrzekomych, przepukliny wewnętrznéj i wgłobienia.

2) Kolotomija w przypadkach zaparcia jelita grubego skutkiem ścieśnienia lub ugniotu przez guzy w jamie brzusznéj wywartego.

3) Enterotomija w przypadkach zaparcia jelita cienkiego. *(The Lancet 1878.)*

Dr. R. Ultzmann (w Wiedniu): **O moczeniu krwawém** *(haematuria)*. Sprawozdanie Dra F. Obtułowicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

1) Krwotok pochodzący z cewki moczowéj różni się od wszystkich innych powyżéj wymienionych rodzajów krwo-

toku têm, że krew odpływa bez przerwy z cewki moczowéj nie mięszając się z moczem, zwlaszcza jeżeli miejsce krwawiące znajduje się przed zdziergaczem ujścia pęcherza. Wówczas na bieliźnie chorego widać wilgotne świeże skrzepy krwi, a z cewki można wycisnąć parę kropel krwawych. Chory nie uskarża się na parcie na mocz, jeżeli nie ma powikłania ze strony pęcherza. Jeżeli się choremu każe mocz oddać do naczynia, to można nieraz zauważyć, że najpierw odchodzi krew płynna i skrzepy krwi podłużne, czerwone, grubości pióra, podobne do glist, podczas gdy reszta moczu pochwycona do drugiego naczynia może być zupełnie prawidłową. W razie zatrzymania moczu może zakładanie cewnika napotkać na znaczne trudności, i nieraz wówczas zdarzyć się może, że cewnik znajduje się w pęcherzu, a mocz nie odpływa z powodu zatkania otworów jego skrzepami krwi. Wysysanie *(aspiratio)* oddaje znakomite usługi i pomaga odpłynąć moczowi, którego stan porażenny pęcherza wydalić nie potrafi na zewnątrz.

Krwotoki z cewki moczowéj w stopniu nieznacznym zdarzają się niekiedy także w przebiegu wiewióra ostrego *(russischer Tripper)* lub przewlekłego *(Urethritis granulosa)*, w obrażeniach mechanicznych lub chemicznych cewki moczowéj, nadto w przypadkach rozszerzenia żył w części krokowéj cewki moczowéj. W takim razie wydzielina składa się oprócz krwi także z większéj lub mniejszéj domieszki ropy. Znaczne krwotoki cewki moczowéj mogą powstać skutkiem skaleczenia cewnikami *(fausses routes)*, lub też spółkowania kilkakrotnego z wysileniem, albo też źródłem krwotoków stają się polipy usadowione w cewce i bogato unaczynione, jakotéż nowotwory cewki moczowéj w ogóle.

2) Krwotok pochodzący z szyjki pęcherza odznacza się têm, że dopiero przy końcu moczenia, kiedy się zaczyna mocniéj kurczyć zdziergacz pęcherza, odpływają krwawe krople moczu, ciałka krwi zachowują wówczas zawsze wielkość i postać prawidłową. Krwawienie to różni się têm od poprzedniego, że krew nie cieknie ciągle kroplami z cewki moczowéj i że nie można wycisnąć z cewki kropel krwawych. Po zaprowadzeniu cewnika do pęcherza odpływa mocz prawidłowy, a dopiero po usunięciu go spostrzedz można krwawienie, co za têm przemawia, że miejsce krwawiące znajduje się w obrębie zdziergacza pęcherza. Mocz mętny okazuje cechy świadczące o nieżycie pęcherza w mniejszym lub większym stopniu. Chorzy uskarzają się na parcie na mocz, a ból występuje przy końcu moczenia, kiedy już krople krwawe odpływają.

Czasem pojawiają się tego rodzaju przypady w przypadkach wiewióra w 5 lub 6 tygodniu, jeżeli do cierpienia tego przystępuje zapalenie gruczołu krokowego lub nieżyt pęcherza. Jest rzeczą prawdopodobną, że źródłem nieznacznego krwawienia są wrzody nieżytowe usadowione w szyjce pęcherza. Cierpienie to trwa od dni 3ch do dwóch lub trzech tygodni i w przypadkach tylko cięższych towarzyszą mu przypady lekkiéj gorączki. Zdarzają się jednak także krwotoki z szyjki pęcherza odznaczające się bardzo znaczną bolesnością z powodu obecności głębszych wrzodów lub pęknięć *(fissurae)* w szyjce pęcherza. Przebieg cierpienia tego, którego ajtyjologija jest ciemną, jest zazwyczaj przewlekły; stan pogarsza się coraz to bardziéj, do krwotoków dołącza się zapalenie pęcherza, miedniczek nerkowych *(cysto-pyelitis)*, późniéj zapalenie nerek, a chory w końcu ginie wśród przypadów mocznicy. Cierpienie to nadzwyczaj przykre z powodu ciągłych bólów bardzo dojmujących zdarza się często u mężczyzn dobrze jeszcze wyglądających, a nawet u takich ludzi, którzy nigdy nie przebyli żadnéj choroby narządów moczopłciowych. Mocz ich oddziaływa kwaśno lub alkalicznie, a w osadzie znajduje się zawsze znaczna ilość ciałek krwi i ropy, nigdy jednak niemożna wyśledzić pierwocin z jakiegoś nowotworu. Przy badaniu chorych tego rodzaju zgłębnikiem lub cewnikiem wchodzi się z łatwością aż do części opuszkowéj, daléj jednak napotyka się na znaczne trudności i szalony ból w połączeniu z gwałtownym kurczem zdziergacza pęcherza, tak że jest rzeczą prawie niepodobną dostać się do pęcherza. W jednym przypadku oddała endoskopija usługi niepospolite pod względem dyjagnostycznym; Dr. Grünfeld bowiem odkrył zaczerwienienie i obrzmienie części krokowéj cewki moczowéj i dwie szczeliny głębokie w okolicy szyjki pęcherza. Nigdy nie można było wykryć w pęcherzu kamienia lub ciała obcego. Tylko wstrzykiwania podskórne morfinu zdołają przynieść ulgę w cierpieniu omawianém, którego zakończenie jest zazwyczaj śmiertelném.

Zresztą zdarzają się jeszcze krwotoki z szyjki pęcherza w przypadkach kamyków wciskających się do szyjki i inkrustacyjach w części krokowéj cewki, czasem przy częstém zakładaniu cewników z powodu przerostu gruczołu krokowego lub porażenia pęcherza, przy zapaleniu gruczołu krokowego, a wreszcie w przypadkach nowotworów (gruczołu krokowego) lub szyjki pęcherza.

Tak krwotoki z pęcherza, jak i z miedniczek nerkowych i ner k, różnią się têm od krwotoków z cewki moczowéj i z szyjki pęcherza, że mocz odrazu wypływa krwawy, a druga połowa moczu nie różni się wcale od pierwszéj co do zawartości krwi. Krwotoki z pęcherza lub z miedniczek nerkowych mogą przybierać własności już to krwotoku miąższowego, już też znowu krwotoku powstałego przez pęknięcie naczyń większych, a nawet postać tak zw. moczenia gałczeniem krwi *(haemoglobinuria)*. Nie zawsze też można pomimo najtroskliwszego badania drobnowidowego i chemicznego rozróżnić, czy krwotok pochodzi z nerek czy też tylko z pęcherza.

O d d z i a ł y w a n i e moczu, na które dawniéj taki nacisk kładziono, nic tu nie rozstrzyga, alkaliczne bowiem oddziaływanie moczu może pochodzić od znacznéj ilości krwi lub ropy w moczu zawartéj lub używania wewnętrznie alkalijów. Już ważniejszą rolę odgrywa w tym względzie węglan amonowy i wielkie, trumienkowate kryształy fosforanu amonomagnowego, które bardzo przemawiają za cierpieniem pęcherza, a w danym razie obok ciałek krwi i za krwotokiem z pęcherza. Ogrzewanie moczu w kolbce szklannéj zatkanéj korkiem, w którym tkwi rurka ze zwilżonym papierkiem lakmusowym czerwonym, rozstrzyga, czy węglan amonowy w moczu jest obecny, lub też nie; w razie dodatnim zniebieszcza się papierek lakmusowy. B a r w a moczu może tylko poniekąd rozstrzygać, czy krwotok pochodzi z pęcherza, lub też z nerek; a mianowicie ponieważ krwotok pęcherzowy zawdzięcza zwykle swe powstanie pęknięciu większych naczyń krwionośnych, przeto mocz przybiera odcień krwawo-czerwony, podczas gdy krwotoki nerkowe są zwykle miąższowemi, krew przeto dokładnie się mięsza z moczem i przez czas dłuższy pod jego wpływem zostając odkwasza się i nadaje potém moczowi barwę brunatno-czerwoną lub nawet czarno-brunatną. Mniejszy c i ę ż a r g a t u n k o w y moczu, niż zazwyczaj bywa w stanie prawidłowym, przemawia za krwotokiem z nerek, cierpienia bowiem tego narządu są zazwyczaj połączone z obfitém wydzielaniem moczu (*Polyuria*).

Skrzepy krwi znachodzące się w moczu stanowić mogą niekiedy cenną wskazówkę pod względem dyjagnostycznym. Skrzepy zupełnie odbarwione, barwy brudno-żółtej, w postaci krótkich laseczek pochodzą zazwyczaj z rozszerzonych miedniczek nerkowych i pojawiają się w moczu dopiero po dłuższym czasie w razie mocnego krwotoku nerkowego. Skrzepy kłaczkowate nieregularne nie są wcale charakterystyczne i nie powstają w ogóle nigdy przy krwotokach miąższowych; najłatwiéj tworzą się przy krwotokach znaczniejszych w tych częściach narządu moczowego, gdzie jest ilość mała moczu, jak np. w miedniczkach nerkowych i w moczowodach a w pęcherzu tylko po jego wypróżnieniu.

Najważniejszém jest badanie drobnowidowe osadu moczowego. W przypadkach krwotoku miąższowego z nerki znajdujemy nieraz ładne waleczki złożone z ciałek krwi lub wałeczki włóknikowe i przybłonki nerkowe zabarwione brocznikiem krwi. Jeżeli krwotok nerkowy jest znaczniejszy, to zazwyczaj w osadzie nie znajdujemy żadnych charakterystycznych pierwocin nerkowych wśród znaczniejszéj ilości krwi płynnéj.

Krwotoki pęcherzowe nie pozostawiają często żadnych cech drobnowidowych po sobie. Czasem jednak znajdujemy znaczną ilość przybłonków z pęcherza i kryształy z fosforanu amono-magnowego, jeżeli krwotokowi towarzyszy większy stopień nieżytu pęcherzowego. C. d. n.

Dr. Lasiński (we Wrocławiu): **O leczeniu wysięków surowiczych podsiatkówkowych.**

W sekcyi oftalmologicznéj wrocławskiego zjazdu przyrodników (1874) mówił L. o wyleczeniu przypadku wysięku surowiczego podsiatkówkowego za pomocą ucisku na oko, przyczém chory przez kilka tygodni leżał spokojnie na znak i używał leków przeczyszczających. W rok późniéj podał Samelsohn, że „mechaniczny" sposób leczenia Lasińskiego stósował ze skutkiem. (Podczas pobytu sprawozdawcy na klinice prof. Arlta w Wiedniu i tam w jednym przypadku świeżego wysięku stósowano ucisk, gdy jednak żadne zmiany nie nastąpiły, operowano według sposobu Weckera.) Od r. 1874 poczynił L. nowe spostrzeżenia i w powyższéj pracy podaje sześć historyj chorób; używał zawsze ucisku a rezultaty jakkolwiek niezbyt świetne, w każdym jednak razie zachęcają do dalszych badań nad skutecznością tego środka.

Rozumowanie, które skłoniło L. do użycia ucisku, niewolne od zarzutów, było następujące: W przypadkach, w których wysięk niedługo a najwięcéj od kilku miesięcy istnieje i wywołany jest wolno postępującém zapaleniem naczyniówki, siatkówki lub obu błon, co Cuignet dla wszystkich przypadków téj słabości przypuszcza, powstaje niestosunek pomiędzy ilością cieczy śródocznéj wydzieloną a wessaną, w skutek czego przychodzi do wysięku pomiędzy siatkówką i naczyniówką. Ponieważ w skutek tego napięcie gałki słabszém się staje, dla tego chciał drogą ucisku napięcie do prawidłowego przyprowadzić stanu. Gdy się uciśnie oko w kierunku osi, tedy ustępuje płyn śródoczny w kierunku równika oka, gdzie (i to na dole) najczęściéj się wysięk znajduje; „uderza" więc podwyższający się ucisk śródoczny o wysięk surowiczy podsiatkówkowy, co zdaniem A. ma się przyczynić do pochłonienia tegoż.

Co do wyników leczniczych, to przypadek pierwszy był najkorzystniejszym. Chory lat 29, silny i dobrze zbudowany robotnik. Rozpoznanie: *Opacitates corp. vitrei; Chorioideo-Retinitis ad maculam; Sublatio;* tylko poczucie światła. Po przeprowadzoném leczeniu $z+4$ Jg. Nr. 2. Przypadek czwarty: Ścieśnione pole widzenia; naośnie chora nic nie widziała, kiedy opuściła zakład $z-3$ $S = {}^{20}/_{200}$. Przypadek piąty: *Sublatio rugata* (Förster), palce na 5' (od skroni). Po 4 tygodniach Snellen III $^{1}/_{II}$ w blizkości. Wysięk znikł w części, pole widzenia większe. Z tych przypadków pokazuje się, że ucisk jako środek leczniczy, jeżeli inni okuliści także otrzymają takie rezultaty, może stanąć obok innych obecnie używanych sposobów leczenia téj choroby. W ogóle bowiem powiedzieć można, że ani statystyka sposobu Graefego (przekłócia siatkówki i ułatwienia spływania cieczy do ciałka szkl.) ani dotąd ogłoszona statystyka nowego sposobu Weckera (przeprowadzenie złotych drutów przez twardówkę, *drainage*), znacznie lepszych rezultatów nie wykazuje.

Przypadki powyższe umocowały autora wreszcie w przekonaniu, że im młodszy wiekiem chory i im zresztą silniejszy, tém lepsze rokowanie i krótszy czas potrzebny do wyleczenia; że leczenie wtenczas dopiero rozpoczynać należy, kiedy sprawy zapalne, które wysięk wywołały, (*Retinitis, Chorioiditis, Chorioideoretinitis*, zapalenie śródoczne po urazie) przeminęły. Ponieważ jednak rozpoznać bardzo często niepodobna, czy przewlekła sprawa zapalna jest już u schyłku lub trwa jeszcze, dlatego odsyła L. do klinicznego doświadczenia, które mniéj więcéj uczy, jak długo w ogóle trwają sprawy zapalne. Środki przeczyszczające są o tyle potrzebne, o ile się przyczyniają do usunięcia pierwotnych chorób, które są wysięku przyczyną.

W przypadku szóstym po przeprowadzoném leczeniu został jeszcze mały wysięk, który także znikał, jeżeli chora kilka godzin zostawała w ciemnym pokoju. Wysiękowi odpowiadała przerwa w polu widzenia. Gdy chora po jakimś czasie znowu się przedstawiła, już wysięku wziernikiem rozpoznać nie było można, lecz defekt w polu widzenia był tam, gdzie dawniéj się wysięk znajdował. Po $2^{1}/_{2}$ godzinnym pobycie w ciemnym pokoju przerwa znikła.

L. sądzi, że właśnie co przytoczona okoliczność mówi za tém, iż szkarłat siatkówki (*Bolla Sehpurpur*) powstaje w naczyniówce. Tłumaczy bowiem zniknięcie przerwy w ten sposób, iż istniał wysięk, który tak był nieznaczny, iż go spostrzedz nie można było wziernikiem, że jednak mimo to siatkówka do naczyniówki nie przylegała, a więc szkarłat koniecznie potrzebny do widzenia odtworzyć się niemógł. (*Zehenders klin. Monatbl. f. Augenheilk. 1878, März.*)

Dr. E. Machek.

Schütz: **Słów kilka o słabościach zakaźnych.**

Opierając się na długoletnich własnych spostrzeżeniach, jak i uwzględniając dotyczącą literaturę wypowiada S., że zapatrywanie jakoby choroby zakaźne raz tylko ludzi nachodziły, nie jest uzasadnionem. Że skuteczne szczepienie bezwzględnie od powtórnéj chociażby lekkiéj ospy nie chroni, jest ogólnie znaną rzeczą. S. przytacza bardzo ciekawy pod tym względem przypadek. Żona lekarza szczepiona w pierwszym życia miesiącu, przebyła lekką ospę w latach dziecięcych, szczepiła się powtórnie w 15 roku życia i umarła w 24 roku na ospę. Znane są epidemije, w których wcale nie rzadko umierały osoby, u których blizny na twarzy świadczyły o przebytéj ospie. Tak dur jelitowy jak i osutkowy powtarzają się również. Stwierdził to S. niewątpliwie prawie podczas epidemii wielkiéj w Pradze w r. 1847 i 1848.

To samo twierdzi o difteryi, dysenteryi, cholerze, krztuścu i o odrze. Podaje wreszcie, że zna 4 przypadki, w których ta sama osoba na płonicę dwa razy zapadła. (Wunderlich podaje, że się to zdarza raz na 10,000 chorych na płonicę).

Odstępy czasu pomiędzy chorobą a jéj powtórzeniem są rozmaite. Raz są tak krótkie, iż trudno rozpoznać, czy nowe objawy są dalszym ciągiem, lub recydywą; w innych przypadkach mijają miesiące, lata i dziesiątki lat. Pierwsza choroba na drugą żadnego nie wywiera wpływu. Zdarza się dość często, że pierwsze zapadnięcie jest lekkiém a powtórzenie bardzo ciężkiém i odwrotnie; albo że obie choroby były bardzo ciężkie lub obie lekkie.

Daléj sądzi S., że 1) zdarza się, iż chory równocześnie zapada na dwa rodzaje ostrych chorób osutkowych i że można znamionujące cechy jednéj i drugiéj osutki rozpoznać. Wiadomo, że Hebra temu zapatrywaniu stanowczo się sprzeciwia. Zdaje się wreszcie, że a priori według obecnego stanu nauki o chorobach zakaźnych rodzaje mięszane chorób osutkowych przypuścić należy. Jeżeli się pokaże, że nauka Klebsa *(Pilztheorie)* da się do wszystkich słabości zakaźnych zastósować, natenczas stanęłaby rzecz jasno, bo niepodobna by było wątpić, że się równocześnie w organizmie rozgościć mogą żyjątka wywolujące rozmaite stany chorobowe.

2) Bardzo łagodna epidemija z r. 1854 dowodzi według S., że płonica bez osutki *(Scarlatina sine exanthemate)* zdarzać się może. Z początku mogły być wątpliwości, ażali rozpoznanie lekarzy w przypadkach, gdzie osutki nie było, nie było błędne; dopiero znaczne łuszczenie, przypadki cięższe u innych członków rodziny a nie rzadko ciężkie choroby następowe płonicy wykazały, że niewątpliwie były to przypadki téj choroby, w których osutki nie było.

3) *Scarlatina haemorrhag.* i *morbilli haemorrhag.* nie istnieją. Podczas długoletniéj praktyki lek. spotkał S. chyba moczenie krwawe po płonicy a krwotok nosowy tak na początku jak i w przebiegu odry, podczas gdy w ospie istnieje wielka skłonność do wybroczyn krwawych. Epidemije tak zwanéj *Variola haemorrhagica* wcale nie są rzadkie, podczas gdy nawet najcięższe epidemije płonicy i odry nigdy takiego obrazu choroby nie przedstawiają, w którego skład wchodziłyby wybroczyny skórne. *(Prager med. Wochens.* 1878, Nr. 20.) *E. M.*

IV. W sprawie uporządkowania oględzin pośmiertnych w Galicyi.

Referat c. k. krajowéj Rady zdrowia*).

Wypracował Dr. **Opolski.**

Na pierwszym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, odbytym w Krakowie w r. 1869, poruszono sprawę wykonywania przepisów pod względem sprawdzania skonów i uchwalono podać do właściwéj władzy odpowiednie przedstawienie. Towarzystwo lekarskie krakowskie w wykonaniu téj uchwały, wniosło podanie do c. k. Namiestnictwa „o ustanowienie „w każdéj gminie osobnych urzędowych oglądaczy zwłok; „o wydanie instrukcyi dla tychże; o zaostrzenie nadzoru po„licyjno-lekarskiego nad wykonywaniem przepisów pod wzglę„dem sprawdzania skonów; o polecenie lekarzom powiatowym, „aby miewali wykłady w przedmiocie sprawdzania skonów, „teoretyczne i praktyczne na zwłokach ludzkich; a wreszcie, „aby wymagać od oglądaczy zwłok, nie będących lekarzami, „rękojmi nienagannego prowadzenia się i znajomości przed„miotu i ażeby czynności swoje wykonywali po złożeniu e„gzaminu teoretycznego i praktycznego przed lekarzem powia„towym, tudzież przysięgi w ręce c. k. Starostów.“

Przedewszystkiém stwierdzić należy, że Władze państwowe oddawna już bardzo licznemi rozporządzeniami, wydawanemi bądź dla całego państwa, bądź dla poszczególnych krajów koronnych, ściśle regulowały przepisy sprawdzania skonów; osobliwie wydano w tym przedmiocie wiele dekretów nadwornych w drugiéj połowie zeszłego stulecia, któremi normowano sprawę oglądania zwłok z wytyczeniem celów tegoż pod względem humanitarnym, policyjno-lekarskim, sądowokarnym, a nawet z uwzględnieniem statystyki lekarskiéj (dekret nadworny z 30 marca 1770). Jakkolwiek reskrypt nadworny z r. 1753 wyraźnie rozporządza a to rozporządzenie dotychczas obowiązuje, że przed upływem 48 godzin żaden zmarły nie może być pogrzebiony, i osobném rozporządzeniem z r. 1757 czyni odpowiedzialnymi oglądaczy zwłok za wydawanie pozwolenia do rychlejszego grzebania, co uznanano za możebne tylko w chorobach zakaźnych, lub takich, które szybki rozkład ciała sprawiają, to przecież na podstawie doświadczenia, że żydzi umieli się wyłamywać z pod tych przepisów, osobnemi rozporządzeniami z r. 1786 i 1787 zaostrzały władze stósowanie się do terminu powyższego osobliwie u żydów. Daléj rozporządzeniami gubernialnemi z r. 1795 specyjalnie dla Galicyi i z r. 1806 29/4, 1823 do l. 22805 wydano osobne przepisy co do oglądania zwłok, tudzież instrukcyje dla oglądaczy w Galicyi, a już dekret nadworny z d. 30 marca 1770 r. stanowił, aby każdy oglądacz poddawał się odpowiedniemu egzaminowi. Sposób zaś wynagradzania oglądaczy za ich czynność pozostawiał rząd gminom, uznawszy w zasadzie, iż oglądacze powinni albo roczne ryczałtowe otrzymać wynagrodzenie, albo za każde oględziny osobno.

Z nowszych czasów znajdujemy rozporządzenie ministerstwa stanu z d. 6 marca 1861 do l. 817, którém wydaną została szczegółowa instrukcyja, dotychczas obowiązująca dla oglądaczy zwłok w Styryi i Karyntyi. Instrukcyja ta odznacza się tém, że za nieomylny znak zaszłéj śmierci nie przypuszcza stężenia pośmiertnego, ustania ruchów serca, zmętniałéj rogówki i innych oznak wrzekomo wykluczających

*) Sprawozdanie niniejsze otrzymaliśmy od szan. autora z prośbą o umieszczenie go w Przegl. Lek. celem wywołania nad niém dyskusyi, zwłaszcza ze strony kolegów na prowincyi zamieszkałych. Tyczy ono się kwestyi wszędzie, a zwłaszcza w naszym kraju, arcyważnéj; jak wiadomo Czytelnikom naszym projekt ten przez Radę zdrowia przyjęty został, jednak potrwa jeszcze czas jakiś, zanim przez c. k. Namiestnictwo zostanie wprowadzony w życie. Podzielamy więc w zupełności zdanie kol. **Opolskiego**, że koledzy na prowincyi praktykujący powinni wyjawić swoje zdanie, o ile projekt, a głównie instrukcyja dla oglądaczy, odpowiada potrzebom kraju naszego i w nim zastósowanie znaleść może. Jakkolwiek Rada zdrowia kierowała się najlepszemi chęciami i opierała się na uchwałach 1go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, w którego sekcyi publiczno-lekarskiéj zasiadywali liczni koledzy z prowincyi, to przecież projekt w mowie będący dla kolegów znających lepiéj stosunki społeczne na prowincyi może okazać jakieś luki i wady. Dlatego w myśl szan. autora jak najchętniéj w piśmie naszém otwieramy dyskusyję w tym przedmiocie, a zapraszając do niéj szan. kolegów zapewniamy ich, że ze względu na ważność przedmiotu uwagi ich jak najspieszniéj zamieszczać będziemy. *Redakcyja.*

śmierć pozorną, jeno opiera się wyłącznie przy sprawdzaniu skonu na plamach pośmiertnych. Takie pojmowanie, odpowiadające doświadczeniu i wymogom nauki, ułatwia zadanie oglądaczy, którzy nie są lekarzami, i usprawiedliwia oznaczenie terminu 48 godzinnego do grzebania ciał. Szczegół ten dlatego należy uwydatnić, bo właśnie w tym względzie dzieją się nadużycia i wyłamywanie się z pod przepisów obowiązujących, nie tyle u chrześcijan, którzy odznaczają się pietyzmem dla ciał zmarłych, ile u żydów, którzy używają różnych sposobów, aby módz co rychléj chować zmarłych. Na tę okoliczność słusznie zwrócił uwagę w odpowiedniéj uchwale wspomniany Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Z powyższego wywodu przekonywamy się, że przepisy pod względem sprawdzania skonów w odnośnych rozporządzeniach rządowych były dostateczne i nie byłoby zboczeń w téj mierze, gdyby władze polityczne ściśle ich przestrzegały; dlatego zgodnie z wnioskiem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wnoszę:

a) C. k. krajowa Rada zdrowia zechce uchwalić, iż zachodzi potrzeba zaostrzenia nadzoru policyjno-lekarskiego nad wykonywaniem przepisów pod względem sprawdzania skonów, a w szczególności: iż zwłoki nigdy nie powinny być pochowane bez poprzednich oględzin ze strony ustanowionego ad hoc oglądacza, który w tym celu ma złożyć zwierzchności gminnéj piśmienny dowód, według formularza wskazanego w instrukcyi dla oglądaczy zwłok, wydać się mającéj dla Galicyi, a powtóre iż w kartce pośmiertnéj obowiązany jest oglądacz zwłok w każdym poszczególnym przypadku dokładnie podać „w uwadze“ powody, dla których zezwala na wcześniejsze od przepisanego terminu pochowanie ciała, a zarazem obowiązany jest wymienić na téj saméj karcie nazwisko tego, który podaje godzinę zaszłéj śmierci nieboszczyka, aby w razie wykrycia fałszu w podaniu czasu mógł znaleść zastósowanie §. 375 ustawy karnéj.

Gdy stosunki zdrowotne w naszym kraju są niestety tak niekorzystne, że na wielkie przestrzenie przypada tu i owdzie zaledwie jeden lekarz, który zatém w odległych od swéj siedziby miejscowościach nie mógłby sprawować obowiązków oglądacza zwłok, przeto z konieczności musi się powierzać tę czynność nielekarzom i tak się téż dzieje wszędzie, gdzie władza polityczna jest dbała w tym względzie. Zresztą podobny sposób zastępstwa biegłych w sztuce lekarskiéj zabezpieczony został odpowiedniemi rozporządzeniami z lat powyżéj podanych. Gdy atoli nie ma wyraźnego rozporządzenia dla Galicyi, aby oglądacze zwłok nielekarze wykazali się ze znajomości przedmiotu, a dekret nadworny z d. 30 marca 1770, zarządzający, aby nie ustanawiano oglądaczy niefachowych, dopóki nie złożą egzaminu przed wydziałem lekarskim, u nas nie może być zastósowanym, przeto zgodnie z wnioskiem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wnoszę:

b) c. k. krajowa Rada zdrowia zechce uchwalić, iż ważność instytucyi sprawdzania skonów wymaga, aby oglądacze zwłok nielekarze składali przed c. k. lekarzem powiatowym dowód znajomości obowiązującéj instrukcyi w przedmiocie sprawdzania skonów, tudzież, aby poleconém zostało c. k. lekarzom powiatowym odbywanie z kandydatami na oglądaczy ćwiczeń teoretycznych i o ile okoliczności pozwalają również praktycznych na zwłokach ludzkich.

Celem ustalenia gorliwego wykonywania obowiązków i poważnéj działalności oglądaczy zwłok, wnoszę:

c) c. k. krajowa Rada zdrowia uznaje potrzebę wynagradzania oglądaczy zwłok, pozostawiając władzom kompetentnym sposób załatwienia i zabezpieczenia odpowiedniego wynagradzania.

Co do składania przysięgi przez oglądaczy zwłok, istotą swoją niewątpliwie mogącéj użyczyć potrzebnéj powagi tyle ważnéj instytucyi, wnoszę zgodnie z wnioskiem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego:

d) c. k. krajowa Rada zdrowia uznaje potrzebę odbierania przysięgi przez c. k. Starostów od oglądaczy zwłok po złożeniu przez tychże egzaminu.

e) Na koniec wnoszę, c. k. krajowa Rada zdrowia przyjmuje następujący zarys roty przysięgi dla oglądaczy zwłok:

Ja N. przysięgam Panu Bogu, że poruczone mi obowiązki oglądacza zwłok jak najsumienniéj wykonywać będę według wskazówek obowiązującéj instrukcyi, w szczególności, że z wszelką ścisłością będę się starał stwierdzić, czy osoba przezemnie oglądana rzeczywiście nie żyje; czy w ostatnich chwilach jego życia nie zaszedł jaki karygodny czyn, lub karygodne zaniedbanie, związek mające z jego śmiercią; czy ostatnia choroba zmarłego nie wynikła z panującéj, lub pojawiającéj się choroby nagminnéj, albo téż nie była chorobą zakaźną, przez którą współobywatele szkodę na zdrowiu ponieśćby mogli. Przysięgam, że we wszystkich tych przypadkach zawiadomię odpowiednią Władzę. Tak mi Boże dopomóż!

Rozporządzeniami gubernialnemi z r. 1796, 21 października, 1822 17 lutego do l. 28098 i 1823, 29 kwietnia do l. 22805 wydane zostały szczegółowe instrukcyje dla oglądaczy zwłok w Galicyi i przepisy normujące sprawozdanie skonów, jakotéż grzebanie ciał; gdy atoli owe instrukcyje dotychczas w mocy prawnéj będące nie czynią obecnie zadość społecznym wymaganiom, dzisiejszemu stopniowi umiejętności i ważnéj instytucyi sprawdzania skonów, przeto przedkładam c. k. krajowéj Radzie zdrowia, zarys instrukcyi dla oglądaczy zwłok, z uwzględnieniem stosunków naszego kraju poprzedzając takowy następującemi uwagami i wnioskami:

Najważniejszém zadaniem oględzin pośmiertnych jest stwierdzenie, że śmierć nastąpiła niewątpliwie. Wychodząc z tego założenia wykluczającego możliwość grzebania ciał osób pozornie zmarłych, musimy z góry przypuścić, że ustanowieni oglądacze zwłok posiadają pewne wiadomości oznak występujących na ciele ludzkiém, a stwierdzających rzeczywistą śmierć, aby w razie braku tychże podejrzenie co do pozornéj śmierci pociągnąć za sobą mogło wszelkie możliwe usiłowania do przywrócenia życia. Oglądacz zwłok powinien przeto posiadać niektóre wiadomości z dziedziny patologii, to jest znać przypadki chorobowe, które najczęściéj życiu kładą kres nagły na pozór tylko istotny, daléj nie powinno mu być obcém, że nagłe a silne wzruszenia umysłowe mogą również prowadzić do stanu, dającego obraz pozornéj tylko śmierci i że wreszcie potrzeba przy sprawdzaniu skonu szczególną zwrócić uwagę w przypadkach śmierci nieszczęśliwém zdarzeniem wywołanéj, jak przez zaczadzenie, lub otrucie innym gazem, powieszenie, utonięcie, zmarznięcie, w skutek rażenia piorunem itd.

W tych przypadkach wezwany oglądacz, zanim wyda pozwolenie na pochowanie ciała, powinien, mimo oznak zgasłego życia, jak braku tętna, ruchów oddechowych itd. zarządzić usiłowania ratunkowe zgodne z nauką lekarską, lub téż udać się z doniesieniem do władzy politycznéj, stósownie do przepisów policyjno-lekarskich. Gdy przy zastósowaniu rze-

czonych powyżéj wskazań rozeznawczych i ratunkowych rozchodzi się przedewszystkiém o osoby nie będące lekarzami, powołane na urzędowych oglądaczy zwłok, to ujęcie wszystkich znamion nieochybnych zaszłéj śmierci w jednę systematyczną całość nie może być rzeczą choćby bardzo wyczerpującéj instrukcyi, jeno musi być nadto pozostawione pouczeniu odpowiedniemu.

Naukę tę udzielać ma kandydatom stósownie do wniosku krajowéj Rady zdrowia c. k. lekarz powiatowy, na którego włożono tamże obowiązek odbywania z kandydatami ćwiczeń teoretycznych o ile się to da obok praktycznych na zwłokach ludzkich.

Drugiém zadaniem oględzin pośmiertnych jest zabezpieczenie, aby zbrodnia lub przestępstwo przeciwko bezpieczeństwu życia ludzkiego nie zostały utajone, czyli stwierdzenie, ażali w czasie ostatnich chwil życia oglądanego zmarłego nie zaszedł jaki karygodny czyn, lub karygodne zaniedbanie, związek mające z jego śmiercią.

Dział ten ważny przy sprawdzaniu skonów, albowiem względami bezpieczeństwa publicznego wskazany, wkracza w dziedzinę medycyny sądowéj i policyi lekarskiéj, musi być również w drodze pouczenia udzielany kandydatom na oglądaczy i przez nich dobrze znany, przynajmniéj w pojęciach elementarnych, a ściśle określonych.

Trzeciém zadaniem jest wykrycie chorób znanych z właściwości szerzenia się nagminnego, lub też zaraźliwych bez takiéj cechy.

W obec tego, że lud wiejski nie zwykł szukać pomocy lekarskiéj i że choroby nagminne zazwyczaj w samym początku trwania epidemii okazują przebieg najcięższy, a tém samém zrządzają największą śmiertelność, a jak dotychczas dochodzą do wiadomości władz politycznych prawie zawsze dopiero w czasie nasilenia swego, w obec więc tych nieprawidłowych stosunków spodziewać się należy dobrych skutków z uregulowanéj czynności oględzin pośmiertnych, o ile zadaniem państwa jest jak najrychléj i najskuteczniej zarządzić środki zaradcze.

Celem ułatwienia tego bardzo ważnego zadania, jakie na urzędowych oględzinach zwłok ciążyć powinno, żądać należy od lekarzy powiatowych, aby przy ćwiczeniach teoretycznych z kandydatami na oglądaczy zwłok nie zaniedbali rozpoznawczego działu epidemiologii i chorób zaraźliwych, co w ogólnych zarysach przyswoić ludziom umiejącym czytać i pisać, nie będzie trudno.

Czwartém zadaniem oględzin pośmiertnych jest ułatwić utworzenie statystyki śmiertelności i chorobowości, któraby miała wartość umiejętną i praktyczną, gdyż uregulowaném rejestrowaniem przyczyn chorobowych, śmierć wywołujących, ułatwiłoby się prawdawstwu rozwiązanie najważniejszych spraw higijenicznych. Gdy atoli oglądacze zwłok po wsiach najrzadziéj się spotykać będą z poświadczeniami lekarskiemi, nazwę choroby podającemi i skon stwierdzającemi, przeto nie należy się w téj mierze spodziewać dokładnego rozpoznania dopóty, dopóki kraj nie otrzyma instytucyi lekarzy gminnych, dopóki w ogóle organizacyja służby zdrowia w gminach, przewidziana w ustawie państwowéj z dnia 30 kwietnia 1870 roku do l. 68, nie zostanie przeprowadzoną.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 13 czerwca. Minister oświaty potwierdził Dra Izydora Kopernickiego jako docenta antropologii w wydziale lek. Uniw. Jagiell.

* Według nadesłanych nam wykazów do dnia 8 b. m. bawiło w Cieplicach czeskich gości 2510, a w Giesshüblu osób 12.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 22 (od 26 maja do 1 czerwca) umarło w Krakowie osób 49; 29 mężczyzn i 20 kobiet; 25 osób umarło w obwodach i 24 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 45,5; we Lwowie 36,5; w Warszawie 47,0; w Wiedniu 33,3; w Budapeszcie 45,1; w Pradze 36,7; w Tryjeście 36,4; w Brukseli 20,1; w Paryżu 23,3; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 20,1; w Chrystyjanii 15,1; w Petersburgu 56,5; w Odessie 40,4; w Bukareszcie 28,6; w Królewcu 40,6; w Berlinie 36,4; w Monachijum 25,1; w Poznaniu 27,0; w Wrocławiu 32,5; w Dreznie 24,8. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 3, mianowicie; 1 osoba z dławca, 1 z kiły i 1 z posocznicy.

* **Lwów**. JE. Namiestnik hr. Potocki odwiedził przedwczoraj Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie w towarzystwie referenta spraw sanitarnych Dra Biesiadeckiego. *(Gaz. Lw.)*

* **Warszawa**. Zabójca prof. Girsztowta, Sroczyński, korzystając z chwili, gdy miał być przeprowadzony z więzienia śledczego do głównego, usiłował się ratować ucieczką. O sto kroków od bramy więzienia upadł atoli, a podniósłszy się i widząc zbliżających się ze wszech stron strażników, zadał sobie nożem dwie rany w brzuch i skaleczył się tak ciężko, że życie jego jest zagrożoném. Skazaniec zbroczony krwią przeniesiony został do więzienia i umieszczony w szpitalu. *(Kur. Warsz.)*

* **Budapeszt**. Do jakiego stopnia doszło specyjalizowanie nauki lekarskiéj, o tém przekonać się można przeglądając spis docentów prywatnych wydziału lek. w Budapeszcie. Tak np. pomiędzy innymi habilitowani są: Dr. Antal do chirurgicznych chorób części płciowych; Dr. Elischer do patologii i terapii chorób macicy; Dr. Goldzieher do anatomii patolog. oka; Dr. Gross do nauki o fałszowaniu pokarmów i ich badania; Dr. Müller do chorób brzusznych; Dr. Purjesz sen. do historyi medycyny starożytnéj; Dr. Purjesz jun. do dyjagnostyki chorób piersiowych i brzusznych; Dr. Réczey do chorób kości; Dr. Siklossy do operacyj ocznych; Dr. Stiller do terapii chorób brzusznych; Dr. Wittmann do szczepienia! Na wydziale filozoficznym istnieje docent filozofii, atoli z wyjątkiem loiki. *(D. Zeitschr. f. prakt. Medicin.)*

* **Berlin**. Tow. lekarskie wybrało ponownie przewodniczącymi proff. Langenbecka, Bardelebena i Henocha; sekretarzami są: Drowie Fränkel, Küster, Ries i prof. Senator; biblijotekarzem Dr. Falk.

* **Paryż**. W pierwszéj połowie sierpnia odbędzie się kongres międzynarodowy psychijatrów urządzony przez towarzystwo lekarsko-psychologiczne. Kongres obradować będzie przez tydzień (5—10 sierpnia) w trzech sekcyjach, a mianowicie: 1) administracyi zakładów dla obłąkanych i statystyki. 2) patologii chorób umysłowych i nerwowych i 3) medycyny sądowéj. *(Kur. Warsz.)*

* **Z placu boju** piszą, że w Erzerumie dur sroży się nadzwyczaj gwałtownie: miasto i jego okolice zarażone są skutkiem gnijących tysięcy trupów niepochowanych; w mieście rozgościło się do 120 tysięcy psów stanowiąc główną jego ludność. Straszny ten obraz podaje *W. med. Presse.*

* **Mianowania i odznaczenia.** Profesorowie kolegijum francuskiego przedstawili jako następcę Klaudyjusza Bernarda na pierwszém miejscu Brown-Séquarda, na drugiém zaś Daresta. — Dr. Pitres mianowany został docentem wydziałów lekarskich w Paryżu. — Dr. Guyon wybrany został członkiem akademii lek. w Paryżu. — Prosektor i lekarz pułkowy Dr. Weichselbaum potwierdzony został jako docent anatomii patolog. we Wiedniu. — Prof. Langenbeck w Berlinie, lekarz jeneralny 1széj klasy, otrzymał rangę jenerał-majora. — Na profesora higijeny w Amsterdamie proponowani na pierwszém miejscu prof Hoffmann w Lipsku, na drugiém Drowie Wolffhügel i Forster w Monachijum.

* **Nekrologija.** W Warszawie † d. 30 maja w 74 roku życia Dominik Zahorowski, członek b. Rady lek. i b. starszy nauczyciel szkoły felczerów. *(Medycyna)* — W Bernie morawskiém umarł Dr. Dworzak, dyrektor szpitala dziecięcego.

Redakcyja otrzymała:

Dra Alfreda OBALIŃSKIEGO, operatora szpitala św. Łazarza w Krakowie: Uwagi nad leczeniem zapalenia stawu biodrowego za pomocą ciężarków. (Osobne odbicie z „Medycyny.") Warszawa 1878, in 8vo str. 12.

Piśmiennictwo lekarskie. R. VOLKMANN: Sammlung klinischer Vorträge.

Nr. 132 H. KRAUSSOLD: Uiber Nervendurchschneidung und Nervennaht.

Nr. 133. Prof. FREUND: Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus.

Nr. 134. Prof. LICHTHEIM: Uiber periodische Hämoglobinurie.

Nr. 135. A. GENZMER: Die Hydrocele u. ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischer Wundbehandlung.

Nr. 136—138 A. HEGAR: Die Castration der Frauen.

Nr. 139. F. MARTIUS: Die Principien der wissenschaftlichen Forschung in der Therapie, str 20.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 19 czerwca o godz. 5téj po południu posiedzenie zwykle, na którem: 1) kol. Rosner przedstawi chorego, 2) kol. Trauczyński pokaże kilka nowszych wyrobów farmaceutycznych, 3) kol. Domański okaże sposób zastósowania jednéj z nowszych metod terapeutycznych, a 4) kol. prof. Blumenstok opowie przypadek sądowolekarski.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w Konstantynopolu: Dziękujemy za korespondencyję, umieścimy ją w przyszłym numerze. — **Dr. R. w Jenie:** Rozpoczniemy w przyszłym numerze.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 zlr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 22 Czerwca 1878. № 25. Rok XVII.

I. Przypadek niedokrewności złośliwéj wraz z operacyją przetoczenia krwi.

Podał Dr. **Rydygier**,
Docent chirurgii w Jenie.

Zabierając się do opisu przypadku niedokrewności złośliwéj, choroby wewnętrznéj, czuję jako chirurg z dwóch przyczyn potrzebę uniewinnienia się: raz, że się wdaję w rzecz nie zupełnie do mnie należącą, ale starałem się zaraz z tego wytłumaczyć dodając powyżéj „wraz z operacyją przetoczenia krwi"; oto przyczyna, dla któréj w obecnym przypadku a niemniéj i w innych podobnych niedokrewność złośliwa nas chirurgów mocno zainteresować może. Z drugiéj strony czuję potrzebę uniewinnienia się, że może nie zupełnie podług surowych zasad kolegów trudniących się chorobami wewnętrznemi zdołam rzecz przedstawić; tu wypada mi na uniewinnienie moje odwołać się do téj okoliczności, że choroba w mowie będąca jako wewnętrzna nie do nas chirurgów należy. Czuję chwiejność mego stanowiska dowodząc raz, że mam prawo jako chirurg zabrać się do opisu niedokrewności złośliwéj, to znowu odwołując się do pobłażliwości kolegów „internistów" z powodu, że to choroba wewnętrzna. Chwiejność moją proszę wytłumaczyć niepewnością granic pomiędzy chirurgiją a chorobami wewnętrznemi.

Podam najprzód opis naszego przypadku, a mianowicie powstania, przebiegu i objawów ściśle podług opisu sporządzonego w tutejszéj klinice wewnętrznéj prof. Nothnagla, a operacyję przetoczenia krwi przezemnie wykonaną podług własnych zapisków opiszę, dodając kilka uwag co do wskazań i sposobu przetaczania krwi. Tym sposobem sądzę, że uniknę poniekąd odpowiedzialności co do części czysto wewnętrznéj, a zarazem spodziewam się, że zdołam sobie zjednać przychylność, a tém samém i pobłażliwość szan. kolegów „internistów" podając im wierny obraz, w jaki sposób badają choroby na tutejszéj klinice wewnętrznéj prof. Nothnagla, uchodzącéj za wzorową, i w jaki sposób sporządzają kliniczny ich opis.

Zanim przystąpię do opisu naszego przypadku, namieniam jeszcze, że do poinformowania się co do wewnętrznéj części méj pracy użyłem prac H. Quinckego „*Ueber perniciöse Anaemie (Sammlung klin. Vorträge von R. Volkmann)* i H. Eichhorsta: *Die progressive perniciöse Anaemie. Leipzig, Veit et Comp. 1878*". Ktoby miał chęć jeszcze dokładniejszego zapoznania się z tą chorobą, znajdzie w powyższych rozprawach całą literaturę podaną.

Wywiady: Fr. Riedel, lat 23 liczący, szewc z Neustadt, przyjęty w dniu 2 kwietnia, podaje, że ojciec jego rozwiódł się z żoną, rozpił się i umarł na chorobę jemu nieznaną. Matka i siostra są zdrowe; brat jest bardzo słabowity, ale zresztą zdrowy. Chory cierpiał w 9 roku życia swego na zapalenie kiszek, jak powiada, o którém nic bliższego nie umie podać; cokolwiek późniéj popadł w zapalenie płuc i 9 tygodni obłożnie chorował. Chory podaje daléj, że zawsze był słabowitym i nie dorównywał nigdy ani wzrostem, ani siłą swoim rówiennikom; do ukończenia szkoły potrzebował dłuższego czasu nad przepisany. Nie wiadomo mu, żeby ktokolwiek z rodzeństwa chorował na kilę, co do siebie także stanowczo zaprzecza, jakoby kiedykolwiek cierpiał na tę chorobę. Chory sądzi, że choroba jego obecna, która rozpoczęła się lat temu dziewięć, wzięła początek swój z obrzydzenia wywołanego po zjedzeniu łba psiego przez wyśmiewających się i szydzących kolegów. Zaraz po tych przysmakach osobliwszych uczuł chory wielką skłonność do wymiotów, ale nic nie zwrócił. W następnych 2 latach, z których chory niegrzeszący bynajmniéj zbytnią inteligencyją żadnych szczegółów sobie nie przypomina, występowały podobno częściéj wymioty, a mianowicie po spożyciu pokarmów stałych i ciężkich do strawienia, z których przedewszystkiém „kluski" w pamięci chorego utkwiły. Zaprzecza, jakoby wymioty każdorazowe dopiero po przypomnieniu owéj osobliwszéj biesiady występowały. Płynne potrawy żadnych mu dolegliwości nie sprawiały, wymioty występowały zwykle tylko bezpośrednio po spożyciu stałych potraw a poprzedzało je uczucie pełności. Błwociny składały się ze spożytych potraw z przymieszką zielonawych, jak żółć gorzkich płynów. Trudności w połyka-

niu wtenczas nie doznawał. W przeciągu tych dwóch lat tak dalece osłabł, że był zmuszony porzucić zatrudnienie swoje. Następne 3 lata bawił w domu swej matki starając wyleczyć się ze swego cierpienia. Przepisane przez lekarza „krople" i zalecona dyjeta o tyle skutkowały, że wymioty nie tak często, jak dawniéj występowały. Chory żywił się przeważnie płynnemi potrawami, jak mlekiem z rozmoczoną bułką i zupami; tłuste mięso znosił, po chudém dostawał wymiotów. Wymioty występowały także, jeżeli za wiele spożywał potraw przez lekarza dozwolonych. Pomimo ostrożności zachowanéj w używaniu pokarmów i pomimo dość ścisłego przestrzegania przepisanéj dyjety siły chorego nie wzmagały się i dla tego przybył przed 4 laty do tutejszéj polikliniki prosząc o pomoc. Badano go wtenczas zgłębnikiem połykowym. Kiedy go wyjęto z gardła, rzuciła się znaczna ilość krwi i cuchnącéj ropy przez usta. Od tego czasu polepszył się stan chorego, bez narażenia się na wymioty mógł spożywać z powiększonym apetytem większą ilość pokarmów, musiał się atoli i nadal ciężko-strawnych wystrzegać. Przy tym sposobie życia sił mu tak znacznie przybyło, że mógł zwykle swe zatrudnienie na nowo podjąć, chociaż nie czuł się jeszcze zupełnie zdrowym. Stan ten trwał aż do jesieni przeszłego roku, kiedy idąc boso podczas ulewy w lesie zaziębił się. Pomimo uczucia zimna i słabości oddawał się jeszcze przez kilka dni następnych zwykłéj swéj pracy chcąc tym sposobem chorobę przemódz; czy i uczucie zimna daléj trwało, nie przypomina sobie. Zaziębieniu temu przypisuje powtórne pogorszenie swego stanu: powoli znowu zapomniał — jak się wyraża — jedzenia; tylko od czasu do czasu mógł kilka kęsów spożywać, a nawet i wtenczas uczuwał pełność w żołądku i musiał czekać, aż się potrawy jakoby usadziły. Każdy kęs potrzebował dużo czasu, zanim się od ust do żołądka dostawał i zdawał się w okolicy środka kości mostkowéj natrafiać na trudność w przesunięciu się; tam też wtenczas powstawały bóle ustępujące dopiero po kilkakrotnych poruszeniach połykowych. Po spożyciu większych ilości pokarmów uczuwał znowu skłonność do wymiotów, pomimo tego już od 4 lat nie zwracał. Uskarża się na zaparcie, ledwo co trzy dni miewa wypróżnienia. Wiatry gromadzą się w jelitach i wywołują bóle podobne do kolek. Od $1\frac{1}{2}$ roku cierpi na odbijanie cuchnące wiatrami, mianowicie po jedzeniu. Od czasu do czasu pojawiają się bóle głowy. Już od lat swych dziecięcych cierpi na zapalenie brzegów powiek sprawiające mu ciągłe palenie. Zresztą nie uskarża się na inne dolegliwości, twierdzi tylko, że od przeszłéj jesieni znowu znacznie na siłach opadł.

Badanie dnia 4 kwietnia b. r. wykazało: Mężczyzna na swój wiek nadzwyczaj słabo rozwinięty i mały, większą część dnia przepędza po za łóżkiem, mimo, że się czuje bardzo słabym i niezdolnym do wysileń nawet stosunkowo nieznacznych. Dokucza mu uczucie zimna w stopach: trzęsie się we wszystkich członkach, chociaż go tylko częściowo obnażymy. Skarży się głównie na zupełny brak łaknienia; ciśnienie w okolicy kości mostkowéj mianowicie po połknięciu potraw, zaparcie stolca, odbijanie i ogólne osłabienie. Chory nadzwyczaj szczupły; kościec słabo rozwinięty; mięśnie osobliwie górnéj części ciała zanikłe i wiotkie; podściółki tłuszczowéj na niektórych miejscach brak zupełny; skóra sucha, szorstka, wiotka, na całym tułowiu nawet po krótkiém obnażeniu gęsia skórka; włosy ciemne, cienkie; twarz wskazuje na wiek późniejszy, niż rzeczywisty. Skóra szyi i twarzy, mniéj brzucha i reszty tułowiu żółto-brunatno zabarwiona; brak obrzęków. Spojówka lekko żółtaczkowa, błona śluzowa warg i ust nadzwyczaj blada, podobnież język czysty, dość szeroki, po brzegach i w środku nakarbowany. Badając głębiéj połyk spostrzegamy po za prawidłowo wyglądającemi łukami podniebiennemi przedniemi łuk lewy podniebienny tylny w górnéj swéj części z tylną ścianą gardziela zrośnięty, a na prawym kilka okrągławych defektów. Języczek skrócony, prawy jego brzeg z tylnym łukiem podniebiennym zrośnięty; migdałki nie wystają.

Czucie ręką nie wskazuje na podwyższoną ciepłotę, ciepłomierz wskazuje 37·4. Tętno 86; tętnica miękka, nie wężykowata, cokolwiek wązka; fala tętnicowa średniéj wysokości, naprężenie słabsze, niż prawidłowe.

Badanie drobnowidowe krwi: ciałka białe krwi nie pomnożone, ciałka czerwone rozmaicie zmienione co do wielkości i co do postaci, np. dużo z nich ma wypustki i jest podobnych do gruszek *(Poikilocythämie)*.

Wzrok chorego upośledzony: widzi nie wyraźnie, przed oczami migotanie; w środku i dolnéj części rogówki widzimy rozlane zaćmienie, a na prawém oku nieznaczną stożkowatość rogówki. Badanie wziernikiem nie wykrywa żadnych nieprawidłowości.

Brzuch cokolwiek wklęsły. Wymacywanie dokładne utrudnione skurczem dowolnym mięśni brzusznych, nigdzie nie można wyczuć nieprawidłowéj oporności; nigdzie też obmacanie nie sprawia bólu, oprócz w górnéj części okolicy nadpępkowéj. Odgłos wypukowy wszędzie dość wysoki i bębenkowy. Żołądek sięga w linii środkowéj aż do pępka, w lewéj linii przymostkowéj na szerokość 1 palca poprzecznego powyżéj pępka.

Stłumienie odgłosu wątroby rozpoczyna się w prawéj linii sutkowéj na górnym brzegu 6 żebra sięgając dolnym brzegiem na 3 cm. niżéj łuka żebrowego; w linii pachowéj rozpoczyna się w 7 przestworze międzyżebrowym; w prawéj linii przymostkowéj na dolnym brzegu 5 żebra, a sięga na 4 cm. niżéj brzegu żebrowego. Stłumienie śledziony rozpoczyna się w linii pachowéj w 8 przestworze międzyżebrowym.

Badając zgłębnikiem połykowym bez trudności wprowadzamy go do żołądka; tylko w czasie, kiedy zgłębnik przesuwa się przez dolną część przełyku, czuje chory w tém miejscu ból. Chory pożywa nieomal tylko płynne pokarmy i to w małych porcyjkach, za każdym razem tylko małą ilość połykając, stałych potraw używa tylko w maluczkich i dobrze przeżutych kęsach. Wymiotów nie ma; stolec regularny; kał zbity, prawidłowo zabarwiony.

Mocz w skąpéj ilości: 300 c. sz., c. g. 1020, przeźroczysty, bez osadów, barwy złoto-żółtéj, oddziaływa silnie kwaśno, podczas gotowania cokolwiek mętnieje, wyjaśnia się po dodaniu kwasu. Wyraźna reakcyja indykanu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci.

Gorączka powrotna wieku dziecięcego.

Przez Dra A. Kwaśnickiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24.)

Gorączka powrotna u dzieci jest dosyć częstą; Murchison w Londynie, Wyss i Bock we Wrocławiu obliczyli 22%

przypadków gorączki powrotnéj u dzieci do 15 roku życia; liczba ta u Leberta jest niższą; jaki odsetek przypada na dzieci w tegorocznéj epidemii, dla braku odpowiedniego materyjału statystycznego oznaczyć nie mogłem; zdaje się jednak, że będzie on niższym od liczb podanych przez Murchisona i Wyssa, nie spuszczam jednak z oka, że w téj warstwie społeczeństwa naszego, która wyłączny dała kontyngens gorączce powrotnéj, rodzice nie bywają skorzy do natychmiastowego po zapadnięciu dziecka udawania się do lekarza o poradę, a nim wypróbują środki domowe, oraz polecane przez osoby nieuprawnione, napad gorączki powrotnéj, który jak to niżéj wykażę, trwa względnie krótko, mija i niedochodzi do świadomości bióra statystycznego. Co do w i e k u, to Wyss i Estländer (w Helsingforsie) spostrzegali gorączkę powrotną u dzieci niemniéj nad trzy lat mających; w *Fever hospital* w Londynie leczono dziecko dwuletnie; Littau podaje przypadek gorączki powrotnéj u dziecka 9-miesięcznego, które chorowało jednocześnie z karmiącą matką. Wyss był obecny w Wrocławiu u Ebsteina przy sekcyi noworodka, zmarłego na gorączkę powrotną, którego matka chorowała na tę chorobę, lecz z drugiéj strony znane są przykłady matek chorujących na gorączkę powrotną, które wydały na świat zdrowe dzieci. Z 24 przypadków, spostrzeganych w szpitalu św. Ludwika, najmłodsze liczyło trzy lata.

O b j a w y. Ponieważ wszystkie dzieci, leczone w szpitalu św. Ludwika na gorączkę powrotną, przybywały do zakładu już w napadzie, przeto okres wylęgania téj choroby nie mógł być spostrzeganym. Podług lekarzy, którzy szczepili osobom zdrowym krew zanieczyszczoną spirylami, kres ten należy obliczać na 5—8 dni; dla tychże powodów nieznane mi są objawy zwiastujące napad: podawane przez autorów utracenie apetytu, ból głowy, niespokojny sen itd. nigdy nie zapowiadały drugiego lub trzeciego napadu, jak również nie spotykałem dreszczyków, które za niechybne uważa Wyss. Jeśli ufać można wywiadom, to dziecko, którego stan zdrowia nie zdradzał żadnego zaburzenia, nagle uczuwa potrzebę położenia się, skarżąc się na ból głowy, mdłości, a czasem nudności i wymioty; uczucie pełności, prężenia, a nawet tępego bólu w podżebrzach, a szczególnie w lewém; śledziona, któréj powiększenia przedtém nie spostrzegano, nagle powiększa kilka razy swą objętość i wystaje z pod łuku żebrowego, jako obrzęk miękki, bolesny; wątroba wypukiem daje się oznaczyć na jeden cal pod łukiem żebrowym, również nieco bolesna. Znużenie oraz niewyraźny ból mięśniowy zmuszają dziecko pozostać całemi godzinami w jedném ułożeniu, a nietylko że rzucanie się w łóżku nie ma miejsca, lecz rozluźnienie mięśniowe nadaje małemu choremu to bezwładne i płaskie ułożenie w pościeli, którém się ta choroba wyróżnia od objawów innych cierpień zakaźnych i zapalnych. Twarz blednie a bladość ta nie przypomina żadnéj z chorób gorączkowych, zwykle cechujących się więcéj żywém zabarwieniem policzków, oraz napęcznieniem naczyń; język wilgotny, szeroki, z wyciskami zębów na brzegach, obłożony białym namułem, oddychanie może nieco przyspieszone, lecz spokojne, tętno częściéj miękkie, przyspieszone, ruchy serca regularne, ciepłota wysoka, wahająca się między 38·0 a 41·8, w średnicy 39·5. Łaknienie ustaje zupełnie, pragnienie mierne, wymioty towarzyszą czasem napadowi, i wszelkie leki wtenczas bywają zwracane, stolec prawie zawsze zupełnie zaparty lub opieszały, sen spokojny.

Tak się przedstawia pierwszy napad w pierwszym dniu, a obraz ten, nie uwzględniając wyjątków, pozostaje takimże i w ciągu dni następnych. Napad pierwszy u dzieci w tegorocznéj epidemii w jednym tylko przypadku trwał wyjątkowo pięć dni; zwykle kryzys następowała drugiego lub trzeciego dnia, średnio napad pierwszy trwał $2^{11}/_{12}$ doby. Gorączka zwykle przybierała tryb przepuszczająco-zwalniający, czasami w ciągu napadu, a prawie zawsze na kilka godzin przed kryzys rzeczywistą, pojawiała się kryzys wrzekoma, przy któréj chory nie gorączkował, lub pozostawał w ciepłocie niżéj fizyjologicznéj, poczém na kilka godzin wracała najsilniejsza w ciągu napadu gorączka, kończąca się przesileniem rzeczywistém, po którém następował zapad z znaczném obniżeniem ciepłoty, któreto obniżenie po pierwszym napadzie sięgało 35°3; w kilku przypadkach ciepłota ta pozostała prawidłową, a zwykle wahała się między 35·5 a 36·5. Tętno w zapadzie stawało się miękkie, powolne, oddychanie również powolne, wzdychające, twarz zapadła bardzo blada, skóra pokryta w znacznéj większości przypadków obfitym lepkim potem; ból głowy ustępował, lecz znużenie utrzymywało się, w ogóle jednak chorzy czuli się lepiéj. W tych nielicznych przypadkach, w których potów nie było, spostrzegano obfite moczenie, a raz jeden kilka stolców wodnistych. W największéj ilości przypadków zapad trwał jedną dobę, lecz wyjątkowo przedłużał się do trzech dni, poczém zabarwienie skóry, przy pozostaniu bladości, zmieniało odcień ziemisty na cielisty, śledziona cofała się pod łuk żebrowy i tylko wypukiem można było stwierdzić jéj nieprawidłowe położenie i nieco powiększone rozmiary; twarz wypełniała się, oczy nabierały blasku, a ciało ruchliwości i czwartego lub piątego dnia dzieci pragnęły wstać z łóżka, łaknienie wracało i tylko pewien odcień bladości wskazywał na przebytą gorączkę. Najdłuższa przerwa między pierwszym a drugim napadem wynosiła 11 dni, najkrótsza 7, średnio $9^1/_4$ doby. Powrotu gorączki nie zwiastowały żadne przypady, dziecko naraz bladło i skarżąc się na ból głowy i znużenie, życzyło położyć się, gorączka towarzyszyła powyższym przypadom, ciepłota najwyższa wynosiła 41·5, najniższa 38·3, średnia 39·6; śledziona ponownie wystawała z pod łuku żebrowego, miękka i bolesna, podżebrze prawe stawało się wrażliwém i odporném, wymioty czasem spostrzegano w pierwszym dniu powrotu gorączki, język znowu stawał się obrzękłym i obłożonym, stolec opieszałym, gorączka w ciągu napadu przybierała tryb przepuszczająco-zwalniający, kryzys wrzekoma często była spostrzeganą. Drugi napad najdłużéj trwał pięć dni, najkróciéj jeden dzień, średnio $2^2/_3$ doby. Napad drugi w ogóle trwał króciéj od pierwszego; lecz średnia jego ciepłota była wyższą; kończył się on, tak jak i pierwszy, zapadem, ze wszystkiemi cechami, które przy opisie napadu pierwszego podałem; po 1 do 3 dni trwania zapad ustępował miejsca względnemu wyzdrowieniu.

Na 24 przypadków gorączki powrotnéj, leczonych w szpitalu św. Ludwika, trzeci powrót miał miejsce tylko trzy razy, po przerwie 7—10 dni. Napad trzeci rozpoczynał się również jak i drugi bez zwiastunów, a co do objawów nie różnił się od niego; trwał 2 lub 3 dni, średnio $2^2/_3$ doby a więc trwał króciéj, aniżeli napad drugi; najwyższa gorączka dochodziła 40·6, najniższa 39·8, kryzys wrzekoma miewała miejsce. Napad trzeci zwykle kończył się zapadem jak i poprzednie, poczém powolnie, lecz pewnie wracały dzieci do zupełnego zdrowia.

Narząd mózgowo-nerwowy dzieci, cierpiących na gorączkę powrotną, w znacznie większéj ilości przypadków nie ulega żadnym zaburzeniom, lecz i tu bywają wyjątki, a na 24 dzieci leczących się na gorączkę powrotną w szpitalu św.

Ludwika czworo uległo objawom zajęcia mózgu. W jednym z tych przypadków zwidywania pojawiły się w przerwie między pierwszym a drugim napadem i bardzo przypominały złudzenia opilców; ośmioletni chory ustawicznie widział szczury, pokazywał je z przerażeniem to po kątach sali, to znowu przebiegających po jego pościeli, i rzecz godna uwagi, działo się to przy ciepłocie 36·5 w ciągu trzech dni, z rannêm oprzytomnieniem. Inny chory uległ zwidywaniom w czasie samych napadów, a były to złudzenia wzrokowe, chory ustawicznie widział pociąg wykolejający się, ruch wojska itd. Między obydwoma opisami powyżéj przytoczonych przypadków mózgowych zachodzi pewna analogija, trzeci zaś przypadek już têm się wyróżnia od nich, że chora w ciągu 2ch napadów gorączki powrotnéj zdradzała wybitne objawy zapalenia mózgu, jakoto: ból głowy, wymioty, zaparcie stolca, śpiączkę z oczami otwartemi, drzenie odnóg górnych, przypominające nieco ruchy pląsawicze, niemożność ustania na nogach, a w końcu nieprzytomność; objawy te z końcem napadu naraz ustąpiły. Siostra rodzona téj choréj, cierpiąca również na gorączkę powrotną, uległa także objawom mózgowym, cechującym zapalenie tego narządu, jednak ta zachodzi tu różnica, że objawy te, ciągnąc się dni dwanaście z wyrażnym trybem przepuszczającym, przypominały gruźlicze zajęcie opon mózgowych utratą humoru, zniechęceniem się, postępowêm wychudnieniem, bólem głowy i karku, wymiotami, przepuszczającêm nasilaniem się ciepłoty, łatwêm zaczerwienieniem się policzków, obok małego stłumienia w szczycie prawym; chinin wytrwale podawany okazał się bezskutecznym, dnia dwunastego przypady powyższe samoistnie ustały. Chociaż więc objawy mózgowe w gorączce powrotnéj przedstawiają wielką rozmaitość, wspólną im wszystkim cechą jest zadrażnienie mózgu. W têm miejscu należy mi namienić, że ból mięśniowy i znużenie uniemożebniające dzieciom stanie na nogach, należą do objawów niechybnych.

W zakresie narządu krążenia nie spostrzegano zapaleń wsierdzia i osierdzia, o którym wspomina Wyss, jak również żaden objaw nie zdradzał bujającego zapalenia zastawek *(Endocarditis vegetans)*, które według Bouchuta ma często towarzyszyć chorobom zakaźnym; broczenie z nosa towarzyszyło napadom w dwóch przypadkach, i odznaczało się uporczywością; znaczniejsza utrata krwi wywołala w jednym z tych dwóch przypadków opuchlinę odnóg dolnych; we krwi stale spostrzegano spiryle.

W płucach zawsze uważano nawałowe zaostrzenie szmerów oddechowych; zapalenie zrazowe tego narządu w jednym przypadku odznaczyło się uporczywêm szerzeniem i zakończyło się śmiercią.

Mniéj lub więcéj rozległe zaburzenia w czynności trawienia nigdy niebrakowały; zaburzenia te uwydatniały się utratą łaknienia, wymiotami, biegunką lub zaparciem żywota, a w jednym przypadku czerwonką. Nie mogę tu nie namienić, że w trzech przypadkach spostrzegałem w czasie napadu kruczenie nad jelitem ślepêm i pewną urażliwość na dotyk téj okolicy.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Pilocarpinum muriaticum jako środek poronny.

Podał Dr. Jan Chądzyński,
prymaryjusz w głównym szpitalu lwowskim.

Od chwili pojawienia się jaborandy jako leku napotnego i ślinopędnego, używanego przeciw nieżytom oskrzeli, dychawicy, wysiękowi pozostałemu po zapaleniu opłucny, przeciw gośćcowi itd., starano się przez sprowadzenie silnych potów i ślinienia, tych dwóch najważniejszych objawów po użyciu jaborandy, wywołać na korzyść chorego reakcyję w przebiegu choroby uporczywéj.

Ponieważ bardzo często jaboranda nie jest czystego pochodzenia i niemożna wierzyć działaniu leku niepewnego składu, przeto używałem polikarpinu w rozczynie 0,20 na 10 wody. Szybkość działania, łatwość kontrolowania skutków tego działania, były to zalety, które mnie przedewszystkiêm skłoniły do użycia pilokarpinu w celu pobudzenia czynności skóry tak upośledzonéj u chorych cierpiących na łuszcz *(psoriasis)*. Z początku co drugi dzień, póżniéj codzień zastósowywałem podskórnie całą wstrzykawkę Pravaza rozczynu wyżéj wspomnionego. Miejsca nakłócia różnicy żadnéj nie stanowiły, czy to było ramię, udo, krzyże lub plecy, bólu tyle tylko było, ile nakłócie samo wywołać może i prawie zaraz potêm tj. po 5 lub 10 minutach cała twarz, piersi, brzuch, plecy zaczynały się kroplistym potem pokrywać z małêm podwyższeniem temperatury ciała i prawie bez żadnych innych przypadłości prócz suchego, obfitego ślinienia. Chora czasem w kilku minutach pół spluwaczki śliną napełniała. Nudności, które zaraz się okazały po nakłóciu, pochodziły tylko z chwilowego przepełnienia żołądka, gdyż ta sama chora po użyciu lekkiego środka przeczyszczającego, jeszcze 6 razy nakłótą była, dzień po dniu, a nudności nie pojawiły się już więcéj.

U Agneszki Br. po 21 wstrzykiwaniach nastąpiło zupełne wyleczenie; u Karoliny Sim... po 36 wstrzykiwaniach bardzo znaczne polepszenie, również u Maryi P. po 34 wstrzykiwaniach tylko jeszcze gdzie niegdzie grubsze nacieki i bardzo lekkie łuszczenie było pozostało. Obie te ostatnie chore na własne żądanie przed dokończeniem próby szpital opuściły. U wszystkich zaś łuszcz istniał od lat wielu w bardzo silnym, rozwiniętym stopniu, i we wszystkich formach *(punctata, guttata, numularis, annularis, gyrata)*.

Postanowiłem jeszcze raz spróbować pilokarpinu u Anny Tom. 21 lat mającéj, wolnego stanu, bardzo silnéj i zdrowéj budowy ciała, nie mającéj żadnego usposobienia dziedzicznego. Chora ta już przed kilkoma miesiącami z przyczyny uporczywego łuszczu przebyła rozmaite leczenia. I tak używała obwijań Priessnitzowskich, kilkanaście dawek kalomelu (8 grm. na 250); stopniowo wyżyła 189 kropli solut. Fowleri i rozmaite maści dziegciowe i kąpiele kaustyczne. Wszystkie te środki tylko do znacznego polepszenia stanu doprowadziły były. Otóż ta sama chora z tak uporczywym łuszczem ogólnym *(psoriasis universalis)* zajmującym pod różnemi formami całą powierzchnię ciała tj. od głowy, czoła do pięt, wróciwszy do szpitala $^{5}/_{9}$ na odd. kiłowy w 4ym miesiącu ciąży z miękkiemi wrzodami i bardzo ostrêm zapaleniem pochwy i cewki, miała służyć do rozstrzygnięcia skutków pilokarpinu. Więc przy leczeniu objawów wenerycznych zastósowano przeciw łuszczowi, który znowu przybrał był prawie pierwotny stopień ostrości, wstrzykiwania rozczynu pilokarpinu.

Kiedy nacieki guzków znacznie były zcieńczały i zbladły po 9 wstrzykiwaniach a łuszczenie już bardzo słabe było, przy wizycie $^{1}/_{11}$ chora zaczęła się żalić na bóle w krzyżach, brzuchu i na krwotok, który już miał trwać od kilku dni z przerwami. Przy bliższém śledzeniu okazało się, że bóle już od 8 dni tj. około $^{20}/_{10}$ były powstały, że krwawienie od 4ch dni trwało a chora zataiła była swój stan w mnie-

maniu, że tylko opóźnione jest miesiączkowanie(?). Przy miejscowém badaniu okazało się, że płód już był przeszedł na pół do pochwy przez ujście rozwarte, miękkie, więc przeniesiono chorą na oddział położniczy. Ponieważ w Nr. 19 *Wien. med. Wochenschrift* opisany jest przypadek Dra Schauty pod tytułem *„Ein Fall von künstlicher Einleitung der Frühgeburt durch Pilocarpinum muriaticum,"* a przedtém Dr. Massmann z Petersburga ogłosił był dwa przypadki poronienia z téj samej przyczyny, przeto sądzę, że te trzy przypadki a mój 4ty wykazujący poronne działanie pilokarpinu powinny służyć dla każdego lekarza praktycznego za przestrogę co do używania tego środka u kobiet ciężarnych, a dla ginekologów jako zachęta do używania go jako silnie pobudzający macicę do kurczu, przeto przyśpieszający sprawę porodu.

Wartość pilokarpinu w ciężkich przypadkach przestarzałego łuszczu zdaje mi się być wątpliwą, ale w lżejszych formach środek ten zasługuje na dalsze próby.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Ultzmann (w Wiedniu): **O moczeniu krwawém** *(haematuria)*. Sprawozdanie Dra F. Obtułowicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24.)

3) Krwotoki pęcherzowe zdarzają się w przypadkach nowotworów, rozdęcia żył w okolicy szyjki pęcherza, (t. zw. hemoroidy pęcherzowe), kamieni i pasorzytów *(Distomum haematobium)*, a w końcu w razie obecności wrzodów gruźliczych, dławcowych i błonicowych w pęcherzu moczowym.

Według Thompsona pojawiają się w pęcherzu moczowym następujące nowotwory:

a) zwykłe włókniaki sterczące na szypułkach wgłąb pęcherza (polipy), pojawiają się tylko wyjąkowo, a towarzyszy im nieżyt pęcherza; wykrywa je zgłębnik (Billroth). Podobnež przypady wywołują

b) mięsaki rdzeniowe *(sarcoma medullare)*, z tą jednak różnicą, że w późniejszych okresach nieżytu pęcherzowego mocz staje się posokowatym; zawiera znaczną ilość białka i krwi rozłożonéj, a nawet czasem siarczek amonu czerniący cewniki srebrne. Osad moczu zawiera kryształy fosforanu amono-magnowego, masę ziarnistą rozpadową, ale zresztą nie przemawia niczém za obecnością nowotworu: tylko charłactwo uwydatniające się u chorego i w danym razie wykazanie obrzęku przy badaniu powyżéj spojenia kości łonowych lub przez odbytnicę mogą pomódz do rozpoznania. Czasem są także gruczoły pachwinowe mocno obrzmiałe.

c) Raki nabłonkowe *(epitheliomata)* rozwijają się powoli i stają się przyczyną niebawem ropnego zapalenia błony śluzowéj pęcherza połączonego z krwotokami. Drobnowid wykrywa w osadzie obok ciałek krwi, ciałek ropnych i kryształów pojawiających się zwykle w moczu alkalicznym, liczne komórki przybłonkowe, małe, właściwego kształtu, których ilość może być nieraz tak wielką, że przewyższa ilość ciałek krwi lub ropy. Komórki te są okrągłe lub jajowate, dość podobne do przybłonka nerkowego, czasem zaś są ogoniaste, a nawet okazują dwie lub trzy małe wypustki. Jądra są nieraz bardzo wielkie i mocno połyskujące, a czasem jest ich w jednéj komórce kilka. Częstokroć dziesięć lub więcéj takich komórek łączy się razem tworząc tkankę przybłonkową poszarpaną. Chociaż wykrycie komórek tego rodzaju nie rozstrzyga jeszcze stanowczo, że mamy do czynienia z nowotworem, to jednak zasługuje na baczną uwagę tém bardziéj, że stałe ich pojawianie się obok nieżytu i krwotoków pęcherzowych przemawia za powyższém rozpoznaniem. Krwotoki do pęcherza pojawiają się nawet w chwilach zupełnego spoczynku, na czém polega różnica od krwotoków towarzyszących kamieniom pęcherzowym; czasem można nadto wykryć twarde obrzęki w pęcherzu, naciek gruczołów pachwinowych i zwiększającą się kacheksyję chorego, co już nie pozostawia wątpliwości pod względem dyjagnostycznym. Parcie na mocz i bóle w okolicy pęcherza i międzykrocza dochodzą tylko w tych przypadkach do stopnia niezwykłego, kiedy nowotwór obiera sobie za siedzibę okolicę ujścia pęcherza.

d) Najważniejszemi z pomiędzy nowotworów pęcherza są naczyniaki i nowotwory z kosmków złożone, które przy dłuższéj obserwacyi już z badania moczu samego rozpoznać można. Rozróżniamy zaś dwojakie postacie tych nowotworów α) narośla brodawkowate, czyli t. zw. brodawczaki *(papilliomata)* błony śluzowéj pęcherza i β) właściwego raka kosmkowego *(Carcinoma villosum vesicae)*. Obu tym formom towarzyszą zazwyczaj krwotoki miąższowe, a w późniejszych okresach także ropny nieżyt pęcherza, z tą atoli różnicą między temi nowotworami, że w przypadkach brodawczaków może jeszcze nastąpić zupełne wyleczenie po oddzieleniu się znekrotyzowanych narośli, podczas gdy w razie obecności raka kosmkowego wytwarza się charłactwo coraz to wybitniejsze i chory umiera.

Rak kosmkowy tworzy masę miękką, zajmującą całą grubość ściany pęcherza, dopiero na jéj powierzchni buja właściwe utkanie kosmkowe składające się z szerokich naczyń włosowatych i grubéj powłoki przybłonkowéj; gdy tymczasem brodawczak ogranicza się tylko do saméj błony śluzowéj pęcherza i z téj to właśnie przyczyny nie można wykryć obrzęku lub zgrubienia na pewném miejscu pęcherza. Kosmki składają się podobnież, jak w przypadkach raka z rozszerzonych naczyń włosowatych i powłoczki przybłonkowéj, która jest jednak wcale cienką. Oczywiście różnica jest więcéj teoretyczną, a dyjagnostyka napotyka na tém większe trudności, o ile częste są formy przejściowe i zwyrodnienia prostych brodawczaków w raki kosmkowe. Wiek i wyglądanie chorego, jakotéż badanie drobnowidowe odchodzących kosmków pomagają do ściślejszego rozpoznania.

Pierwszym i najważniejszym przypadem w przypadkach nowotworów kosmkowych jest moczenie krwawe; niekiedy poprzedza je uczucie niedogody w międzykroczu, swędzenie w cewce, silne i niezwykłe u starych ludzi erekcyje, a nawet parcie na mocz nie połączone jednak z bólami. Chorzy podejrzywają kamień, ale zgłębnik nie może go wykryć. W przypadkach wydatnego już moczenia krwawego z powodu nowotworów kosmkowych należy baczną zwrócić uwagę na charakterystyczne przypady, które nawet bez użycia narzędzi rozstrzygają rozpoznanie na korzyść nowotworu a nie kamienia. Do przypadów tych należy przedewszystkiém nadzwyczajna bolesność wzdłuż cewki moczowéj, tak, że nawet koszula uraża chorego i zmusza go do osłaniania żołędzi prącia ręką zwłaszcza przy ruchach; następnie wielka tkliwość międzykrocza, ponieważ okolica ujścia pęcherza jest siedzibą ulubioną nowotworów kosmkowych, dlatego chorzy lubią leżeć na boku z poduszeczką między nogami lub siedzą tylko na poduszkach kauczukowych z zagłębieniem w środku.

W przypadkach kamienia bolesność nigdy nie dochodzi do tego stopnia. Przy oddawaniu moczu następuje tylko wyjątkowo przerywanie jego prądu, jeżeli skrzep krwi lub oderwany kawałek nowotworu zatka ujście wewnętrzne cewki, a ból przed oddaniem moczu jest największy i nie zmniejsza go wcale spokojne ułożenie w łóżku. W razie obecności kamienia przerywanie prądu moczu zdarza się często, ból wzmaga się przy końcu moczenia, kiedy ściany pęcherza obciskają się naokoło pęcherza, a bóle te zmniejszają się przy poziomém ułożeniu chorego. Moczenie krwawe nadto pojawia się po użyciu ruchu, a znika nieraz przy spokojném ułożeniu zupełnie, podczas gdy przeciwnie w przypadkach nowotworu nawet największy spokój chorego pozostaje bez wpływu na krwotoki, nieraz wcale mimoto obfite. Badanie nawet czy to palcem przez odbytnicę, czy też za pomocą sondy, jest bardzo bolesne i zwiększa krwotoki.

Badanie moczu w końcu rozstrzyga zupełnie i uzasadnia rozpoznanie. (C. d. n.)

H. Thompson: **O zastosowaniu mikrofonu do badania obecności kamieni pęcherzowych.**

W przypadkach kamieni pęcherzowych nadzwyczaj pożądaną jest rzeczą wykrycie dokładne najmniejszych odłamków kamienia; zwłaszcza też cenném jest zapewnić się po operacyi kruszenia kamienia, czy nie pozostał w pęcherzu chociażby najdrobniejszy odłamek kamienia, mogący służyć za ognisko powrotu cierpienia. Wprawdzie wprawna ręka i ucho chirurga biegłego w téj mierze zazwyczaj zdolne jest za pomocą zwykłego zgłębnika przekonać się o stanie w mowie będącym; ze względu jednak na tę okoliczność, że nie wszyscy mogą mieć sposobność nabrania takiéj wprawy w tym kierunku, nie należy pogardzać wszelkiemi ułatwieniami, mającemi na celu zyskanie większéj dokładności i precyzyi w badaniu kamieni pęcherzowych. Thompson, chirurg olbrzymiego doświadczenia w chorobach przyrządu moczopłciowego, jak skoro dowiedział się o nowo wynalezionym przez Hughesa „mikrofonie,“ przyrządzie zwiększającym w sposób zadziwiający natężenie głosu [1]), wpadł na myśl, ażali przyrząd ten nie mógłby oddawać usług w celu zyskania łatwego i nieomylnego świadectwa o obecności bardzo drobnych ciał obcych w pęcherzu moczowym. Otóż przy operacyi litotrypsyi, którą miał do wykonania d. 1 czerwca br. uskutecznił Thompson doświadczenie z mikrofonem w celu zbadania pęcherza moczowego. Urządzenie całego aparatu polegało na przeprowadzeniu prądu galwanicznego wytworzonego w 3ch stosach Leclanché za pośrednictwem bardzo cienkiego, giętkiego drutu odosobnionego przez telefon, następnie przez mikrofon, przytwierdzony do rękojeści zgłębnika pęcherzowego, napowrót do przeciwnego bieguna bateryi dla zamknięcia koła prądu galwanicznego. Okazało się, iż najlżejsze dotknięcie się zgłębnika o kamień, nie dostępne słuchowi osób bezpośrednio przy chorym stojących, było wydatnie słyszane przez osoby znajdujące się obok telefonu; za przyłożeniem zaś telefonu do ucha, można było słyszeć dźwięk zgłębnika uderzającego o kamień bardzo wyraźnie i głośno. Również słyszane było tarcie pochodzące od przesuwania się końca zgłębnika wzdłuż ścian pęcherza, które jednak mogło być łatwo odróżnione od wydatnego dźwięku, pochodzącego od kamienia. Thompson postanawia prowadzić daléj swoje doświadczenia, przyczém oddaje się nadziei, że przyrząd w mowie będący może okazać się użytecznym w badaniu drobnych odłamków kości zmartwiałéj, odłamków pocisków tkwiących w ranach lub innych ciał obcych [2]). *(The Lancet June 8, 1878).* *Dr. Stanisław Poniklo.*

[1]) Chcąc dać wyobrażenie o podziwienia godnych własnościach mikrofonu przytaczamy słowa wynalazcy Hughesa: „Mikrofon w obecnéj swéj postaci jest zdolny uwydatniać najsłabsze głosy. Szmer wywołany położeniem małéj igły na stół jest słyszalny za pomocą mikrofonu jako wyraźny i dość silny dźwięk. Jeżeli uwięzimy muchę pod kloszem szklannym położonym na stole, można słyszeć bardzo wyraźnie jéj stąpanie. Bicie tętna, uderzenia zegarka mogą być słyszane w bardzo znacznéj odległości.

[2]) Może nie bez korzyści byłyby po wskazówkach tak poważnéj osobistości jak H. Thompson doświadczenia z mikrofonem w celu przekonania się, czy niemógłby tenże służyć do uwydatniania słabych szmerów naczyniowych lub sercowych, tarcia opłucnowego lub osierdziowego np. w przypadkach prosowatéj gruźlicy tychże błon, nie pewnych dotąd objawów fizycznych wieńcogłówki wątroby i innych. Uwaga sprawozdawcy.

V. W sprawie uporządkowania oględzin pośmiertnych w Galicyi.

Referat c. k. krajowéj Rady zdrowia.

Wypracował Dr. **Opolski.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 24.)

Odpowiednio do powyższych zapatrywań wnoszę:

C. k. krajowa Rada zdrowia uchwala: wskazać c. k. Namiestnictwu potrzebę wydania ścisłych poleceń c. k. lekarzom powiatowym, aby z chwilą wprowadzania w życie rozporządzenia o obowiązkowych oględzinach pośmiertnych w myśl uchwalonych wniosków c. k. krajowéj Rady zdrowia odbywali naukę z kandydatami na oglądaczy zwłok w obrębie powyżéj wskazanym i przekonywali się o jéj dokładnéj znajomości przy egzaminach dla oglądaczy, wnioskiem Rady zdrowia ustanowionych.

C. k. krajowa Rada zdrowia uchwala: wskazać c. k. Namiestnictwu potrzebę, aby w rozporządzeniu wydać się mającém dla kraju naszego, w sprawie uporządkowania oględzin pośmiertnych i sprawdzania skonów, postanowiło co następuje:

a) że w gminach zamieszkałych przez lekarzy praktykę wykonywających, jakotéż w najbliższéj okolicy ich siedziby, jednakowoż nie daléj niż 4 kilometry odległości w promieniu, pożądaném jest, aby urząd oglądacza zwłok tylko tym osobom lekarskim powierzano;

b) aby w gminach niezamieszkałych przez lekarzy lub w których zamieszkały lekarz obowiązku oglądacza nie chce przyjąć, poruczono urząd oglądacza nielekarzom w myśl uchwały krajowéj Rady zdrowia do sprawowania téj czynności wprzód ukwalifikowanym, a to w ten sposób, aby na dwie, lub więcéj gmin sąsiednich w okrąg złączonych na zarządzenie c. k. powiatowych władz politycznych przypadł jeden oglądacz urzędowy, nie odbierając organom politycznym prawa ustanawiania oglądaczy zwłok w pojedynczych gminach, jeżeli się znajdą osoby do tego usposobione;

c) aby wszędzie, gdzie urzęduje oglądacz zwłok, ustanowiony został zastępcą jego z równemi kwalifikacyjami wprzód nabytemi, mający urzędować w razie przeszkody ze strony oglądacza, wywołanéj chorobą lub nieobecnością

w okręgu swoim; jeżeliby zaś zachodziła trudność w ustanowieniu stałego zastępcy w pewnym okręgu, oglądacz ma być obowiązany w razie doznanéj przeszkody uwiadomić właściwą zwierzchność gminną, względnie c. k. Starostwo, celem zarządzenia substytucyi przez delegowanie oglądacza najbliższego okręgu.

Daléj uchwala c. k. krajowa Rada zdrowia, aby celem ułatwienia oglądaczom zwłok wykonywania czynności im poruczonych, postanowiono:

a) że w każdym przypadku nagłéj śmierci, lub też w razie znalezienia ciała nieżywego, albo przyjścia na świat dziecięcia nieżywego, w gminach, w których ustanowieni są oglądacze zwłok stanu nielekarskiego, wiadomość o têm podaną była przez kogo należy bezzwłocznie nie tylko oglądaczowi właściwemu, ale i przełożonemu gminy miejscowéj, który się ma przekonać, czy do zwłok przywołano oglądacza;

b) że przed przybyciem oglądacza zwłoki o ile możności mają być pozostawione w miejscu, w którém nieboszczyk zmarł lub znaleziony został, a to nawet bez zmiany położenia, w którém go znaleziono.

c) że czas, w którym skon nastąpił, ma być oglądaczowi podany dokładnie z całą sumiennością pod rygorem §. 375 ustawy karnéj;

d) że w razie podejrzenia o śmierć pozorną obecni mają obowiązek użyczyć oglądaczowi przy jego usiłowaniach ratunkowych wszelkiéj żądanéj pomocy;

e) że nie wolno zarządzić pogrzebania zwłok bez karty pośmiertnéj danéj przez oglądacza i nie wprzódy, niż w terminie wyrażonym na tejże karcie pośmiertnéj.

Instrukcyja dla oglądaczy zwłok.

1) Oględziny pośmiertne ma uskuteczniać ustanowiony dla pewnéj miejscowości lub pewnego okręgu urzędowy oglądacz zwłok we własnéj osobie. Nie wolno mu wydawać karty pozwolenia na pochowanie ciała bez oględzin poprzednio rzeczywiście dokonanych.

2) Gdy oglądacz otrzyma uwiadomienie o zaszłym przypadku śmierci, ma się udać w 24 godzin po zaszłym skonie i dokonać oględzin.

Nie wolno mu oglądać ciała tylko powierzchownie w trumnie, ale o ile możności starać się powinien o przeprowadzenie oględzin na miejscu, w którém skon nastąpił; w tym bowiem razie łatwiéj mu będzie wykryć ślady karygodnego czynu w przypadkach nienaturalnéj śmierci. I tak np. z odkrytych plam krwawych na pościeli lub odzieży zmarłego, ze śladów wymiocin itp. częstokroć łatwiéj mu będzie powziąć podejrzenie co do śmierci gwałtownéj lub otrucia, aniżeli z oglądania samego ciała.

3) Zanim przystąpi do oględzin, ma się wprzódy otaczających wypytać o bliższe szczegóły i objawy choroby zmarłego, o to czy był leczony i przez kogo, daléj w którym czasie umarł i wśród jakich objawów konanie się odbywało; w razie zaś podejrzenia o nienaturalną śmierć, winien zwrócić baczną uwagę na otaczające przedmioty, przedewszystkiém w pobliżu zmarłego leżące, ażali nie znajdzie śladów krwi na pościeli, wymiocin, włosów itd., jednocześnie powinien nie spuszczać z uwagi osób otaczających, którym ma zadawać odpowiednie pytania co do szczegółów zaszłéj śmierci, bacząc na ich sposób wyrażania się, na ich miny, wejrzenie.

4) Potém przystępuje oglądacz do badania zwłok. W tym celu każe odsłonić jednę część ciała po drugiéj, pilnie się im przyglądając, aby mógł stanowczo orzec, iż skon rzeczywiście nastąpił. Przy têm orzeczeniu nie powinien się oglądacz ograniczyć do stwierdzenia jednego lub drugiego znamienia śmierci, lecz przez zbadanie wszystkich oznak ma nabrać zupełnéj pewności o skonie, gdyż najpewniejsze znamię śmierci, tj. plamy z rozkładu ciała pochodzące i plamy sine, pojawiające się na częściach ciała najniższych, częstokroć dopiero po kilkunastu godzinach występują.

Oznaki rzeczywistéj śmierci są:

Ustanie wszelkich ruchów, brak zupełny oddziaływania czuciowego na bodźce drażniące. Ustanie oddechu, tętna i uderzeń serca. Znikanie naturalnéj ciepłoty ciała. Zapadanie policzków, wydłużenie się nosa, zmętnienie rogówki, zwątlenie gałek ocznych, zwisanie żuchwy, rozwieranie się rzyci, stężenie odnóg, sine i czerwone plamy na skórze w częściach najniższych, spłaszczenie tych części, któremi ciało leży na twardéj podstawie, wydzielanie się cieczy pienistéj lub brudno-czerwono zabarwionéj z ust i nosa. Pojawienie się właściwéj cuchnącéj woni z tych otworów. A najnieomylniejszą oznaką jest wystąpienie rozkładu, uwydatniające się rozdęciem brzucha, zielonawém zabarwieniem powłok brzusznych, okolic pachwinowych i szyi.

5) Jeżeli oglądacz nabrał pewności, iż śmierć rzeczywiście nastąpiła, ma wydać kartkę pośmiertną; gdy zaś nie powziął téj pewności, ale też i nie uzyskał z oglądania ciała i rozważenia okoliczności, które domniemaną śmierć poprzedziły, żadnéj podstawy do przypuszczenia pozornéj tylko śmierci, winien po kilku godzinach powtórnie oglądać zwłoki, zanim wyda kartę pośmiertną.

6) Jeżeli po dokonanych oględzinach nie nabrał oglądacz dokładnéj pewności, iż śmierć rzeczywiście nastąpiła i gdy jednocześnie przedstawiły mu się poszlaki, czy to na podstawie oglądania, czy też wywiadów, wskazujące prawdopodobieństwo pozornéj śmierci, winien w tym kierunku czynić poszukiwania.

Podejrzenie pozornéj śmierci jest uzasadnione, jeżeli się pojawi choćby najlżejsze drgnięcie powiek, lub około ust, albo też przelotne zarumienienie policzków, za przytrzymaniem pod nosem ostrych wonnych istot, jak chrzanu, octu, wyskoku gorczycznego, amonijaku; jeżeli się źrenica zwęzi za zbliżeniem do oka płomienia świecy, lub gdy się płomień poruszy za zbliżeniem świecy do ust; jeżeli woda w naczyniu na klatce piersiowéj ustawiona poruszy się na swej powierzchni, przyczém atoli ma panować zupełna cisza w otoczeniu zwłok. Pewną wskazówkę daje również doświadczenie z nałożeniem ciasnéj opaski na ramieniu, w którym to razie w przypadku pozornéj śmierci żyły powierzchowne nabrzmiewają cokolwiek poniżéj miejsca uciśniętego; jakotéż jeżeli zwłoki na częściach odsłoniętych niezwykle długo ciepłe się utrzymują, lub rogówka niezwykle długo zatrzymuje swój połysk i przejrzystość.

Oglądacz powinien wiedzieć, że śmierć pozorna powinna być podejrzywaną u topielców, u zamarzniętych, u powieszonych, uduszonych; od piorunu, albo udaru wewnętrznego rażonych; po gwałtownych wzruszeniach umysłowych; w zejściu w kurczach, padaczce, tężcu, drgawkach, krztuścu.

Jeżeli przeto skon nastąpił w okolicznościach nie wykluczających pozornéj śmierci, a nadto podane wyżéj doświadczenia rychle poczynione wzmacniają podejrzenie powzięte, winien oglądacz bezzwłocznie przystąpić do usiłowań przywrócenia oglądanego do życia według wskazań otrzymanéj nauki „o sposobie ratowania pozornie zmarłych, tudzież w nagłém niebezpieczeństwie życia,“ a jednocześnie zarządzić przywołanie lekarza. Gdy zaś usiłowania ratunkowe osobiście

podjęte pozostały bez skutku, powinien ciało pozornie zmarłego odpowiednio ułożyć i starać się o korzystne warunki higijeniczne, jak: dokładne odnawianie powietrza, odpowiednią ciepłotę lokalu, w którym ciało leży, troskliwe czuwanie około ciała, a to aż do przybycia lekarza.

7) Gdy zarządzenia ratunkowe przez lekarza przybyłego poczynione pozostały bez skutku, lub gdy tenże w chwili przybycia mógł stanowczo stwierdzić skon rzeczywisty, karta pośmiertna wystawiona przez oglądacza ma być w takim razie zaopatrzoną i podpisem przywołanego lekarza.

8) Sprawdziwszy śmierć naturalną i rzeczywistą, oglądacz ma dokładnie wypełnić kartę pośmiertną i jako dowód pozwolenia na pochowanie ciała wydać ją stronie. W celu oznaczenia przyczyny śmierci, o ile to możebne, i wypisania jéj na karcie, ma wyrobić sobie zdanie o chorobie, która śmierć wywołała, a to na podstawie wyniku z oglądania zwłok i wybadania otaczających co do zjawisk chorobowych, jakoteż okoliczności towarzyszących śmierci.

9) Oglądacz winien, sprawdziwszy skon, w przypadkach wskazanych względami zdrowotnemi, gdy chory zmarł na chorobę zakaźną lub zaraźliwą, albo gdy rozkład ciała nader szybko postępuje, zarządzić przeniesienie ciała do kostnicy.

10) Wstrzymać się z wydaniem karty pośmiertnéj, mimo sprawdzonego skonu, a natomiast odnieść się z odpowiedniém doniesieniem do właściwéj Zwierzchności gminnéj winien oglądacz zwłok w następujących przypadkach:

a) gdy zauważył ślady zewnętrznego gwałtu, jak rany cięte, kłóte, postrzałowe, obrażenia z uderzeń, sińce, ślady na szyi lub twarzy od paznogci lub palców, rowki od ściągnięcia na szyi, obrzęknięcie ust, języka, policzków z sinicą na tychże, wystąpienie gałek ocznych itd.

b) w razie rzeczywistego otrucia, albo przy odpowiednich objawach za życia lub śladach na ciele zmarłego, które wywołują podejrzenie o otrucie, a przedewszystkiém, gdy chory umarł nagle, wśród gwałtownych wymiotów, biegunki z morzyskiem połączonéj, wśród mdłości, nieprzytomności, majaczenia, kurczów, utrudnionego połykania, itd.

c) w każdym przypadku nagłéj śmierci;

d) w każdym przypadku nienaturalnéj śmierci wywołanéj bądź nieszczęśliwym przypadkiem, bądź w zamiarze samobójczym;

e) w każdym przypadku, gdy krążą wieści i pogłoski o nienaturalnéj śmierci, chociażby nie znalazł na ciele śladów urazowych. Ma atoli odpowiedniém poszukiwaniem i rozpytywaniem przekonać się o prawdopodobieństwie pogłosek i takowe w odniesieniu się do Zwierzchności gminnéj uzasadnić;

f) w każdym przypadku, gdy ciało nieżywe zostało znalezione, bez względu na to, czy osoba jest znajomą, lub nie;

g) gdy kto umarł leczony przez osobę niepowołaną, a znaną z tego, iż się trudni szalbierczo leczeniem;

h) jeżeli uzasadnione jest podejrzenie o spędzenie płodu, zwłaszcza gdy poronienie nastąpiło u osób wolnego stanu.

11) Oglądacz zwłok ma dbać o to, ażeby zwłoki przeznaczone do oględzin sądowo- lub policyjno-lekarskich pozostały nietknięte na miejscu, w którém skon nastąpił. Gdyby zaś względy zdrowotne sprzeciwiały się pozostawieniu ciała na miejscu, winien oglądacz zarządzić przeniesienie takich zwłok do kostnicy, a to w obecności członka Zwierzchności gminnéj.

12) Jeżeli oglądacz zwłok z powodu częstszych przypadków śmierci, tuż po sobie następujących z téj saméj choroby, nabierze przekonania, że te przypadki wywołane zostały chorobą nagminną, ma o tém bezzwłocznie donieść Zwierzchności gminnéj, celem dalszego zarządzenia.

13) Do nagminnych chorób zalicza się: ospę, płonicę, odrę, dur brzuszny i plamisty, gorączkę powrotną, cholerę azyjatycką, czerwonkę, dławiec, błonicę, krztusiec, gorączkę połogową.

W tych przypadkach powinien oglądacz stósownem pouczeniem co do postępowania ochronnego osobiście starać się o ograniczenie panującéj choroby, w szczególności zaś zarządzić potrzebne oczyszczenie i desinfekcyję.

14) Wydając kartę pośmiertną, ma oglądacz oznaczyć czas pogrzebu i wyrazić to na kartce pośmiertnéj. Prawidłowy termin do pochowania ciała jest 48-godzinny, atoli w przypadkach śmierci z chorób zaraźliwych, albo przy nader szybkim rozkładzie, wolno mu dać pozwolenie na wcześniejsze pochowanie, jednakowoż nie z krótszym terminem niż 36 godzin po śmierci. W takim przypadku pozwolenie dane ma uwidocznić i usprawiedliwić na karcie pośmiertnéj.

15) Druki na karty pośmiertne, sporządzone według wzoru załączonego (kartka pośmiertna zawiera następujące rubryki: Liczba bieżąca. Miejscowość, w któréj zmarł. Imię i nazwisko. Wiek. Wyznanie religijne. Stan cywilny. Zatrudnienie. Przynależność. Czas śmierci. Oznaczenie choroby. Śmierć nagła z uwidocznieniem, czy przypadkowa, czy samobójcza, czy gwałtowna i w jaki sposób sprowadzona. Nazwisko lekarza ordynującego. Dzień pogrzebu. Uwaga. Data.) oglądacze zwłok otrzymują od właściwych Zwierzchności gminnych. Rubryki tamże się znajdujące mają być dokładnie wypełnione na karcie, którą się odcina i na jukstach.

16) Każdy oglądacz zwłok z osób stanu nielekarskiego, jakoteż jego zastępca, poczuwać się powinien, na podstawie złożonéj przysięgi i w przejęciu się ważnością swego urzędu, do ścisłego wykonywania obowiązków instrukcyją wskazanych, któréj jeden egzemplarz drukowany będzie mu doręczony; daléj do przyzwoitego postępowania z publicznością, a w szczególności do ludzkiego postępowania z rodziną zmarłego; uczucia jéj ma uszanować a spostrzeżone stosunki rodzinne zachować w tajemnicy.

Z drugiéj zaś strony w razie czynienia mu trudności przy wykonywaniu obowiązków, lub niezastósowania się do poczynionych zarządzeń, winien podać o tem bezzwłocznie wiadomość przełożonemu gminy.

Listy z Konstantynopola.

I.

Postanowiłem szan. Czytelnikom „Przegl. Lek.“ donosić od czasu do czasu o tutejszych stosunkach lekarskich; aby je należycie zrozumieć i ocenić, należy przedewszystkiém poznać szkołę medyczną, która nietylko ogół lekarzy w kraju umiejętnie wykształca, ale poniekąd na późniejsze socyjalne stanowisko swych uczni wpływa.

Szkoła lekarska tutejsza uorganizowaną jest na wzór europejskich wydziałów lekarskich, lecz niestety w niczém nie dorównywa tym wzorom, bo jeżeli się dowiecie, że w naszém stuleciu słuchaczów medycyny uczą anatomii na fantomach z *papier maché*, że nie istnieje laboratoryjum fizyjolo-

giczne, następnie, że anatomija patologiczna tylko teoretycznie jest wykładaną, wreszcie, co konsekwentnie z powyższych braków wynika, że na klinice niema zwyczaju robienia oględzin pośmiertnych celem sprawdzenia rozpoznania choroby za życia zrobionego, nakoniec, że szkoła tutejsza nie posiada kliniki położniczéj, to albo nie uwierzycie moim słowom, albo w przeciwnym razie będziecie mieć wyobrażenie o tutejszych lekarzach. Wykładowym językiem jest od 4 lat język turecki i od tego czasu zaczyna się kompletny jéj upadek. Przedtém wykładowym był język francuski, a naukę udzielali profesorowie Francuzi poleceni przez rząd francuski; wówczas szkoła tutejsza miała dobrą reputacyję, o tyle przynajmniéj, że jéj profesorowie używali dobrego imienia a jeszcze lepszéj klijenteli. Lecz idea narodowości i w Turcyi silnie kiełkować poczęła, firman sułtański wprowadził do świątyni Eskulapa mowę turecką jako wykładową, wyrugowano profesorów Francuzów i zaczęto na koszt rządu tłumaczyć niektóre francuskie dzieła lekarskie. Lecz rząd nie mógł długo łożyć na tłumaczenie dzieł z obcych języków, więc do tego przyszło, że podręczniki tureckie używane w tutejszéj szkole noszą na sobie datę roku 1847.

Dawniéj istniała tak zwana *École d'application*, urządzona w ten sposób, iż młody lekarz po uzyskaniu dyplomu chcący wstąpić do służby wojskowéj obowiązanym był pełnić obowiązki ordynatora pod dozorem profesora przez lat 2 w wzorowo urządzonym szpitalu wojskowym zwanym Haïdar Basza; lecz wojna trwająca z małemi przerwami już lat trzy zniewoliła rząd potrzebujący jak największéj liczby lekarzy do zwinięcia téj szkoły, jakotéż do skrócenia o jeden rok czasu nauki w szkole lekarskiéj.

Możecie więc sobie wyobrazić, jacy wychodzą lekarze z téj szkoły. Jednak niektórzy uczniowie tejże, po największéj części Grecy i Ormianie mówią kilkoma językami i używają do nauki rozmaitych podręczników francuskich. Pewna, ale bardzo mała część lekarzy tutejszych wyjeżdża celem dalszego kształcenia się za granicę, a po kilkoletnim pobycie tamże wracają oddając się praktyce prywatnéj. Nadzwyczaj rzadko można znaleść w służbie wojskowéj lekarzy wykształconych własnym kosztem za granicą, a liczba lekarzy na koszt rządu za granicą się kształcących na palcach da się policzyć. Z powyższych powodów tureckie wojskowe szpitale, a innych tu prawie nie ma, bez obcych to jest europejskich lekarzy obejść się nie mogą.

Tu wypada mi podnieść użyteczność lekarzy austryjackich i niemieckich podczas ostatniéj wojny turecko-rosyjskiéj w służbie tureckiéj będących. Trzeba przyznać, że ci panowie pomimo rozmaitych trudów i przeciwności (o których w swoim czasie doniosę) humanitarnemu zadaniu swojemu w zupełności odpowiedzieli.

Ale wracając do właściwego przedmiotu niniejszego listu powiem, że tutejsza szkoła lekarska nie jest ogniskiem, przy którém by się choć cokolwiek zagrzać można pomimo szczerych chęci jéj profesorów, których za to co jest w żaden sposób winić nie można, gdyż przyczyna złego leży daleko po za nimi.

Prawdziwą ozdobą i chlubą tutejszéj szkoły lekarskiéj jest powszechnie lubiany zacny nasz rodak Dr. Bąkowski, profesor chemii i chemik nadworny J. C. M. Sultana, z rozkazu którego przeprowadza obecnie dezinfekcyję meczetów i miejsc publicznych zajmowanych przez emigrantów tureckich z Rumelii. Przeszło trzydzieści meczetów, kilka zabudowań szkolnych i miejsc publicznych zajętych przez emigrantów zapadających nagminnie na tyfus, po części podległy a po części podlegną dezinfekcyi, którą prof. B. w następujący sposób przeprowadza:

1) Po opuszczeniu meczetów przez emigrantów, rogoże podłogę pokrywające wraz z kurzem znajdującym się na nich skropiono lekko wodą a następnie spalono w piecach łazni tureckich po części, po części zaś na wolnych miejscach obok meczetów; liczba tych olbrzymich rogóżek jest ogromna, li tylko w meczecie św. Zofii więcéj ich było niż 4000. Mnóstwo tych rogóżek wytłumaczyć sobie można okolicznością, że od 30tu lat nikomu na myśl nie przyszło oczyszczać meczety, lecz kładziono na stare, błotem i kurzem pokryte, nowe rogóże tak, że w wspomnianym meczecie sześć pokładów rogóżek znaleziono. Cuchnące i obrzydliwe błoto znajdujące się na płytach kamiennych posadzki pod ostatnią warstwą rogóżek na 3 — 5 cm. grubości wyskrobano rydlami i spalono wraz z rogóżami.

2) Następnie zmyto od kopuł aż do dołu wewnętrzne strony ścian silnym prądem wody za pomocą sikawek pompierskich.

3) Potém wykadzono zabudowanie kwasem karbolowym w ten sposób, że silnym rozczynem onego polewano rozgrzane żelazne płyty ustawione w rozmaitych miejscach.

4) Wreszcie celem przewietrzenia meczetów pootwierano okna i drzwi na 10 — 15 dni.

Sławne kobierce meczetu św. Zofii, z których największa część jest wyrobem prowincyi Aïdin, a które mniéj lub więcéj zanieczyszczone zostały dejekcyjami i innemi cuchnącemi pozostałościami emigrantów tureckich, zostały oczyszczone w sposób, który w swoim czasie opiszę, a tu tylko dodam, że niektóre z tych olbrzymich, drogich kobierców wełnianych zanieczyszczone do niepoznania zdołano sposobem przez prof. B. użytym, do ich pierwotnego stanu przywrócić.

Wśród przeprowadzania dezinfekcyi miano sposobność skonstatowania faktu, że z ludzi zajętych czyszczeniem meczetów żaden nie zapadł na tyfus, podczas gdy kilka osób zapadło na tę chorobę, które do meczetu po opuszczeniu go przez emigrantów a przed dezinfekcyją weszły i tam parę godzin przebywały. Wytłumaczyć sobie można fakt ten tylko w ten sposób, iż na parę dni przed rozpoczęciem dezinfekcyi wykadzono zabudowanie chlorkiem wapna i niedozwolono ludziom zabierać się do pracy z czczym żołądkiem, lecz ich dobrze żywiono.

Zdaje mi się, że ten sposób ochronny przeciw zaraźliwości chorób jak tyfus i cholera jest bardzo odpowiednim, a korzystając z tego doświadczenia, służbie szpitalnéj mojego oddziału, na którym mam kilkanaście chorych na tyfus, każę podawać trzy razy na dzień mierną dawkę starego koniaku, podwoić potrawy, a mającym służbę nocną podawać trzy lub cztery razy kawy czarnéj w nocy. Może tym środkom ochronnym zawdzięczam, że żaden ze służby na moim oddziele na tyfus nie zapadł, podczas gdy na innych oddziałach szpitala usługujący tyfusowym często na tyfus zapadają.

Dnia 7 czerwca 1878. *Dr. Barbar.*

Ltsty z Wiednia.

V.

Wnioski i rozporządzenia tyczące się epidemii. — Projekt ustawy o unormowaniu sosunków urzędników do wojska należących. — Wniosek Draschego w radzie miejskiéj. — Prof. Brücke. — Sprawy osobowe.

Nadchodzące lato obawiać się każe rozszerzenia chorób zakaźnych panujących na widowni zeszlorocznych walk. Władze państwa i autonomiczne obu połów monarchii czynią zabiegi, aby grożącemu niebezpieczeństwu zapobiedz. Z ważniejszych dotyczących rozporządzeń wspominamy o okólniku ministrów spraw wewnętrznych Węgier i Cislitawii do urzędów portowych i władz sanitarnych miast wybrzeża dalmatyńskiego i iliryjskiego, który nakazuje aby okręty przybywające z Dunaju, morza Czarnego, z portów Adryjatyku lub wybrzeża tureckiego, przed wylądowaniem poddały się rewizyi lekarskiéj. Zadaniem zaś lekarzy będzie, wszystkie przedmioty, któreby mogly przyczynić się do rozpowszechnienia epiedemii, poddać czyszczeniu i dezinfekcyi lub nakazać zniszczenie tychże. Za porozumieniem z władzą portową może lekarz zawiesić wylądowanie na czas jakiś, a obcym okrętom takowego nawet zupełnie wzbronić. Ministeryjum zawezwalo także radę zawiadowczą aust. węg. Lloydu, aby każdemu parowcowi bez względu na wielkość tegoż dodala lekarza. Wiadomo, że stowarzyszenie Lloydu ma obowiązek przestrzegać i przeprowadzić regularną komunikacyję pocztową pomiędzy główniejszemi portami Austryi (Tryjest, Pola, Kotar) a miastami handlowemi portowemi wszystkich mórz.

Radzie państwa przedłożył Rząd ustawy, tyczące się desinfekcyi na kolejach i okrętach śród przewozu bydla. Projekt oddano osobnéj komisyi, któréj referentem jest poseł Roser, doktor medycyny. Sprawozdawca wykazuje szczegółowo, jak bardzo przewóz bydla się przyczynia do rozpowszechnienia chorób zaraźliwych tegoż a uwzględniając i opierając się na ustawodawstwie innych państw dowodzi, że przedłożony projekt zapobieże rozszerzeniu się zarazy na bydło, jeżeli mu Izby nadadzą moc prawną, a władze wykonawcze zdrowotne i polityczne ściśle ustawę przeprowadzą.

Obawa, że zaniechanie środków ostrożności przy grzebaniu ciał poległych na pobojowiskach bulgarskich mogłoby wywołać zarazę i dotknąć także krajów austryjackich, skłoniła już najwyższą Radę zdrowia, jak o tém donosiliśmy, do żądania, aby groby warstwą wapna pokryto. Obok tego istnieje jednak dążenie wynalezienia środka, któryby użyty podczas wojny skutecznie ochronił ludność od przykrych i niebezpiecznych skutków rozkładu ciał w wielkiéj ilości pogrzebanych. Koła i pisma wojskowe (szczegól. *Wehr.-Zeitung*) są stanowczo za paleniem zwlok. Nie zdaje się jednak, aby palenie, gdyby je nawet w zasadzie przyjęto, dało się zastósować tam, gdzie setki lub tysiące poległych trzeba rychło usunąć. Z innym projektem wystąpił p. Valmagini, inżynier, na zgromadzeniu zwolanem w tym celu przez posła Kübecka. Pan V., który wynalazł środek desinfekcyjny, o którego skuteczności nikogo jeszcze nie przekonał, a którego skład zachowuje w tajemnicy, twierdzi że kwas karbołowy i salicylowy są niedostatecznemi i nieskutecznemi środkami desinfekcyjnemi. W skutek tych i innych twierdzeń pozostających z obecnym stanem nauki w rażącéj sprzeczności przyjęcie projektu p. V. jest niemożebném.

Radzie państwa przedłożył także Rząd ustawę tyczącą się unormowania osobistych i służbowych stosunków urzędników cywilnych do wojska należących. Zdaje się, że władze prawodawcze bez zmian przyjmą projekt rządowy a natenczas stosunek i materyjalne położenie urzędników należących do rezerwy armii byłoby odpowiednie i sprawiedliwe. Przypuszczamy, że czytelnicy główne zarysy téj ustawy znają z pism politycznych. Niestety członkom stanu lekarskiego ustawa powyższa tylko bardzo rzadko przyniesie korzyści. Z lekarzy bowiem są tylko urzędnikami państwa profesorowie uniwersytetów, fizycy i kilku urzędników konceptowych przy politycznych władzach krajowych. Ludzie jednak tego stanowiska są zwykle w wieku, w którym się nawet w obronie krajowéj już nie służy. Jeżeli mimoto o ustawie téj na tém miejscu wspominamy, to czynimy to dlatego, że postępowanie Rządu ze swoimi urzędnikami zapewne za wzór posłuży stowarzyszeniom prywatnym, zarządom kolei, władzom autonomicznym krajowym i miejskim, słowem tym ciałom, które pozostają w stosunku chlebodawczym do młodszych lekarzy zostających w rezerwie armii.

W tutejszéj radzie miejskiéj śledztwo dyscyplinarne wytoczone Dr. Jnhauserowi fizykowi miejskiemu stalo się przyczyną bardzo gorszących starć pomiędzy burmistrzem, który wydał uniewiniające fizyka orzeczenie, a pomiędzy mniejszością w radzie. Fizyka spotkał zarzut, iż nie dołożył potrzebnych starań, aby w trupiarni na smętarzu centralnym przestrzegano przepisów obowiązujących. Doniesiono, że trumien przed pogrzebaniem nie otwierano i nie używano przyrządów, które prowadzą i w ruch wprawiają sygnały i budziki w razie, gdyby kto będąc w letargu poruszył się lub ożył. Podczas dyskusyi nad tą sprawą w radzie miejskiéj oświadczył radca miejski prof. Drasche, że uczyni wniosek, aby przyrządy sygnałowe i budziki jako nieodpowiadające celowi zupełnie usunięto. Drasche oświadcza, że całe urządzenie sygnałów i budzików jest tylko ustępstwem, które uczyniono obawie ludu przed pogrzebaniem w letargu. Sądzi daléj, że to co mówią o pogrążonych w letargu należy do zakresu zmyśleń. Ściśle udowodnione przypadki, aby kogoś w letargu pochowano, nie są znane. Wreszcie oględziny pośmiertne, starannie i sumiennie przeprowadzone, wykluczają możność, aby kogoś w letargu pochowano.

Dnia 31 maja w rocznicę wstąpienia na tron pruski Fryderyka II. uzupełniła się klasa „pokoju", tak się nazywa oddział dla nauki i sztuki pruskiego orderu *„pour le mérite"*. Na kawalera uprawnionego do głosu obrano prof. E. Brückego, tutejszego fizyjologa. Order ten założono przed 36 laty; pierwszym kanclerzem był Aleksander Humboldt, który w liście do Uhlanda porównywa tę instytucyję z francuzką akademiją czterdziestu. Uprawnionych do głosu kawalerów jest tu tylko 30, i sami członkowie wybierają następców, których cesarz niemiecki potwierdza, względnie mianuje. Mianowania same odbywają się w rocznicę urodzenia, wstąpienia na tron lub śmierci Fryderyka II.

Na uniwersytecie tutejszym uzyskał p. Bronisław Longchamps ze Lwowa, stopień doktora w. n. l.

Dnia 6 czerwca 1878. z

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 20 czerwca. W miesiącu maju r. b. złożyli w Krakowie egzamin lekarski przepisany celem uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia pp. Drowie: Decykiewicz Emil we Lwowie, Kulczycki

Władysław w Bóbrce, Loewy Aloizy w Nisku, Mironowicz Korneli w Chodorowie i Okuniewski Atanazy w Czerniowcach.

* Wydział lekarski tutejszy rozpisał konkurs na posadę asystenta przy klinice położniczéj (p. Ogłoszenia).

* Do 15 b. m. bawiło w Krynicy osób leczących się 101.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 23 (od 2 — 8 czerwca) umarło w Krakowie osób 41; 24 mężczyzn i 17 kobiet; 32 osób umarło w obwodach i 9 w szpitalach: roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 38·1.

* **Mianowania i odznaczenia.** Radzcą lekarskim przy rządzie obwodowym w Lipsku na miejsce zmarłego prof. Wunderlicha mianowany został prof. Sonnenkalb. — Prof. Hofmann w Lipsku nie przyjął zaproszenia do Amsterdamu i zostanie mianowany prof. zwyczajnym higijeny oraz otrzyma zakład dla higijeny doświadczalnéj. — Dr. Waldemar Weiss, inspektor urzędu lekarskiego w Kaliszu powołany został na prof. med. rządowéj przy uniw. w Dorpacie na miejsce prof. Wahla *(Gaz Lek.)* — Prof. Sigmund we Wiedniu otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu. — Prof. anatomii Lenhossek wybrany został na rok przyszły rektorem uniwersytetu w Budapeszcie. — W Lipsku habilitowali się: Dr. Puschmann z historyi medycyny a Dr. Strümpel z patologii. — Dr. Nataniel Feuer potwierdzony został jako docent oftalmologii we Wiedniu. — Dr. Jakób Christie, b. lekarz przyboczny Sułtana Zanzibarskiego mianowany profesorem higijeny w Glasgowie.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. uzyskał na Uniw. Jagiell. p. Emil Elektorowicz ze Stryja.

* **Nekrologija**. W Paryżu zmarł znany chirurg Amussat. — W Jassach † Dr. Hieronim Skulski z zapalenia płuc po durze, który przebył w Tyrnowie. Zmarły liczył lat 24 i przed 2 laty ukończył nauki w Warszawie. *(Gaz. Lek.)*

Szczawnica d. 15 czerwca 1878 r. Od lat pietnastu pełniąc w Szczawnicy obowiązki lekarskie, z przyjemnością widzę wszystko co do rozwoju zakładu przyczynić się może. Gdy od roku przeszłego poczyniono niektóre ważne ulepszenia, uważam za właściwe podać takowe do wiadomości szan. Kolegów.

W zakładzie górnym od dwóch lat niespełna zostającym pod kierunkiem Akademii umiejętności zaszły następujące zmiany. 1) Dom zwany szwajcarką w sąsiedztwie głównych zdrojów znajdujący się wewnątrz całkiem odnowiono, wytynkowano, wyklejono obiciami i zaopatrzono w nowe meble. 2) Salę służącą do zebrań towarzyskich w domu mieszczącym restauracyę główną, wraz z przyległą cukiernią, z pokojem bilardowym całkiem odnowiono, odmalowano i zaopatrzono w nowe sprzęty. 3) Zakupiono kilkadziesiąt łóżek żelaznych lakierowanych z sprężynowemi materacami, oraz wygodnych foteli, które po mieszkaniach zwłaszcza większych rozmieszczono. 4) Wykopano nową studnię w pobliżu domu zwanego pałacem, z któréj woda czerpie się za pomocą pompy. 5) W gaikach świerkowych znajdujących się w pobliżu domów zwanych Bratem i Siostrą, powycinano nowe chodniki i porządzano altanki, przez co spacery powiększonemi zostały. 6) Sprzedaż żentycy powierzono p. Emilowi Szamejtowi mag. farmacyi, utrzymującemu od lat kilku kumysarnię w Szczawnicy, który obecnie dostarcza żentycy dobréj oczyszczonéj po cenach dawniejszych. Dla uniknienia natłoku do dawnéj żentycarni przyłączono obszerny pokój przyległy, którego okna wychodzą na zdroje Józefiny i Stefana; w tymże mieści się prócz tego kumysarnia, przyrząd Waldenburga do wdychania powietrza zgęszczonego i rozrzedzonego, oraz waga do oznaczania ciężaru ciała. Czytelnię zaś która się w tym pokoju dotychczas mieściła, przeniesiono do obszernéj sali w domu zwanym Bratem pod Nr. 1. 7) Aptekę przeniesiono do domu zwanego Holenderką, gdzie znajduje stósowniejsze i obszerniejsze pomieszczenie.

Prócz wymienionych zaszły w Szczawnicy zmiany, iż przybyło na Miodziusiu kilka domów drewnianych i jeden murowany na mieszkania dla gości zdrojowych.

Budynek mieszczący natryski zimne p. Władysław Szalay znacznie powiększył, tak że obecnie składa się z dwóch części, z osobnemi wejściami dla mężczyzn i kobiet, z których każda mieści po dwie izby z przyrządami natryskowemi różnego rodzaju, przy każdéj gabinet do rozbierania się i mieszkanie dla służby.

Na brak odpowiedniego pożywienia nikt nie może narzekać, obecnie bowiem jest osiem restauracyj, z tych trzy pierwszorzędne, mogące zadowolić słuszne wymagania gości, a dwie dla starozakonnych.

Lista gości do dnia dzisiejszego obejmuje 82 drużyn złożonych z 160 osób, między temi atoli dwie trzecie stanowią restauratorzy, kupcy, służba itd., słowem osoby przybyłe dla zarobku.

W. Ściborowski.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

OGŁOSZENIE.

W celu obsadzenia posady asystenta przy klinice położniczéj rozpisuje się niniejszém konkurs.

Posada ta, z którą połączona jest płaca w ilości 600 zlr. rocznie i bezpłatne pomieszkanie w klinice udzieloną będzie na przeciąg lat dwóch tj. na czas od 1 Października 1878 do 30 Września 1880.

Panowie Drowie wszech nauk lekarskich lub Drowie medycyny posiadający stopień magistra położnictwa, życzący sobie otrzymać tę posadę, zechca swe podania wnieść na ręce podpisanego najdaléj do 5 lipca rb.

Kraków d. 18 VI. 78. PIOTROWSKI
Dziekan w. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2. Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 29 Czerwca 1878. № 26. Rok XVII.

I. Przypadek niedokrewnosci złośliwéj wraz z operacyją przetoczenia krwi.

Podał Dr. **Rydygier**,
Docent chirurgii w Jenie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25.)

Klatka piersiowa prawidłowo długa, dość wąska i słabo wypuklona; po prawéj stronie w dolnéj części cokolwiek bardziéj wystaje, niż po lewéj. Odgłos wypukowy z przodu po obu stronach prawidłowy; brzegi płuc przesuwalne. Oddech pęcherzykowy prawidłowy; tak samo w tyle, gdzie w ogóle nic nieprawidłowego nie ma.

Stłumienie odgłosu w okolicy serca rozpoczyna się w 4 przestworze międzyżebrowym, w bok sięga do linii przymostkowéj lewéj; uderzenie koniuszkowe widzimy i czujemy słabo w 5 przestworze międzyżebrowym w linii sutkowéj; bardzo nizkie, oporne, nie powiększone. Przysłuch wykazuje w miejscu uderzenia koniuszkowego obok 2 tonów czystych słaby dmuchający szmer skurczowy słyszalny także nad zastawką trójdzielną, gdzie nadto drugi ton jest rozszczepiony; nad tętnicą płucną i główną tony czyste.

12/5. Mocz barwy złoto-żółtéj, zupełnie przeźroczysty, nie zawiera białka; ilość 1500 sz. cm., c. g. 1018. Ciepłota 37,3, 37,2, 37,4.

17/5. Od czasu przyjęcia chorego stan jego w ogóle nie wiele się zmienił. W pierwszym tygodniu przebywał chory dużo na świéżem powietrzu; kilka razy napady bezprzytomności, migotania przed oczami. Od tygodnia leży w łóżku podając za przyczynę ogólne osłabienie. W tym czasie zażywał *Tinct. ferr. pom.* Od kilku dni zwraca chory dziennie, łaknienie jeszcze się zmniejszyło.

Ord: zamiast *Tinct. ferr. pom.* zaleca się *Acid. muriat.* 8 kropli przed obiadem. Wczoraj wieczorem chory miał pierwszy raz gorączkę: 38,8° C., tętno 108. Język nadzwyczaj blady, ale czysty.

19/5. Tętno 126, ciepłota: 37,4, 38,0, 38,2, 24 oddechów. Wczoraj wieczorem chory znowu wymiotował; czuje się dziś bardzo osłabionym. Z rana 129 t., 38,6° C. Choremu krew z nosa ciecze już od 10 minut; czuje się nadzwyczaj osłabionym; twierdzi, że już od wczoraj nic nie widzi, że mu ciemno przed oczami w położeniu poziomém. Brak zupełny łaknienia. Chory tak słaby, że wypuszcza z rąk naczynie do picia.

Przedstawienie w klinice 21/5 1878.

Chory uskarża się na bóle żołądkowe, ciśnienie, powiększające się po wymiotach; twierdzi, że od wczoraj nic nie widzi. Nadzwyczajna bladość; twarz, spojówki, wargi, palce i paznokcie woskowo-blade; ręce chłodne. Wyraz twarzy odurzony, niebolesny. Delikatna budowa kości; mięśnie źle rozwinięte; podściółki tłuszczowéj brak nieomal zupełny; brak obrzęków; choremu bardzo zimno; skóra na tułowiu sucha, szorstka; poczucie ręki wskazuje na podwyższoną ciepłotę. Położenie poziome czynne; chory jest w stanie podnieść się, uczuwa atoli wtenczas ból w okolicy żołądka i mdleje, wargi lekko sinieją. Krwawienie z nosa było dość znaczne i jeszcze znaki tegoż przy wycieraniu nosa. Tętno 140, 24 oddechów. Tętnica sprychowa miękka, nie wężykowata; fala tętna średniéj wysokości, naprężenie słabe. Pod drobnowidem widzimy ilość ciałek białych nie powiększoną, ciałek czerwonych znacznie zmniejszoną; postać ich zmienioną: po części gruszkowato wydłużone, i co do wielkości zmniejszone.

Od kilku dni brak zupełny łaknienia; ilość spożytych potraw zadziwiająco szczupła. Język blady, wilgotny, nie obłożony. Chory nie czuje bólów, póki spokojnie leży, skoro się porusza lub kaszle występują takowe. Połykanie nie utrudnione.

Brzuch wklęsły; tętnica główna w okolicy pępkowéj silnie tętni; żadnych uderzających wypukleń; uciśnienie w dołeczku bolesne; nie można się niczego nieprawidłowego w brzuchu domacać; odgłos na wysokości pępka stłumiony; ku dołowi aż do spojenia kości łonowych bębenkowy; ku

słabiżnie stłumiony, wysoki, również w lewem podżebrzu; ku prawemu mniéj i lekko bębenkowy; stłumienie pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym.

Granic wątroby nie można dokładnie wypukiem oznaczyć. Tętnienie poprzeczne tętnicy głównéj powyżéj pępka nie pewne; brak szmerów nad tętnicą główną w dołku sercowym. Stolec zaparty.

Odgłos na klatce piersiowéj z przodu wszędzie prawidłowy: wszędzie prawidłowe oddychanie pęcherzykowe. Granice serca prawidłowe; uderzenie koniuszkowe na prawidłowém miejscu, niedokładnie namacalne; czyste tony nad koniuszkiem serca i zastawką trójdzielną; nad tętnicą płucną i główną słabo dmuchający szmer, tony czyste.

W tyle na klatce piersiowéj niema nigdzie wyraźnego stłumienia; po obu stronach oddychanie pęcherzykowe. Na szyi słyszeć tylko szmer przerywany, a niema buczenia.

Ilość moczu zmniejszona, wczoraj 700 cm. sz., c. g. dziś 1015; barwa zwykła; odczyn silnie kwaśny; po gotowaniu i dodaniu kwasu siarkowego nie mętnieje; wyraźny odczyn indykanu.

Znaczne zaburzenia wzroku na obu oczach; ciągłe migotanie i ćmienie. Badanie wziernikowe wykrywa znaczne co do ilości i względnéj wielkości wybroczyny około tarczy nerwu wzrokowego; wybroczyny w postaci mniejszych i większych kropek, szeroko prążkowanych, leżą obok naczyń wzdłuż ich przebiegu; dno oka bledsze, niż zwykle.

Po dokładném rozważeniu wszystkich objawów i tego, o czém się z wywiadów dowiedzieliśmy, rozpoznał prof. Nothnagel „niedokrewność złośliwą“ starając się głównie wykluczyć raka żołądka jako przyczynę niedokrewności, za czém niektóre objawy przemawiały; wspomniał oprócz tego o zaniku gruczołów żołądkowych, opisanym nie tak dawno temu przez kolegów angielskich jako choroba samodzielna.

Tu przystępuję do najtrudniejszéj części mojego zadania, bo muszę się postarać o ile w moich siłach samodzielnie uzasadnić rozpoznanie prof. Nothnagla, bo nie bywając na jego klinice, niewiem w jaki sposób on to uczynił. Z téj to przyczyny podałem tak obszernie opis przebiegu choroby, żeby każdy z sz. Kolegów mógł sobie sam uzupełnić niedokładny mój wywód rozpoznania.

Że mamy do czynienia z niedokrewnością posuniętą do ostatecznych granic, przyzna każdy na pierwszy rzut oka; a sądzę, że w opisie moim także dostatecznie to uwydatniłem. Chodzi tylko o to, żeby dowieść, że niedokrewność ta nie jest wywołaną żadnemi głębszemi zmianami patologicznemi przyrządów wewnętrznych.

Oceniając jeszcze raz pokrótce wszystkie objawy przekonamy się, że w mózgu, płucach, sercu, wątrobie, nerkach, śledzionie, nic takiego nie znaleźliśmy, coby na głębsze zmiany wskazywało.

Najprzód co do mózgu trudno się domyślać jakichkolwiek głębszych zmian: chociaż chory nie grzeszy zbytnią inteligencyją, jakto się rzekło, mimoto odpowiada z przytomnością na zapytania, a nadto nie znaleźliśmy nigdzie porażeń. Badanie za pomocą wypuku i przysłuchu tak płuc, jako i serca również nic nieprawidłowego nie wykryło z wyjątkiem słabo dmuchających szmerów skurczowych; ale to zwykły objaw niedokrewności nie wskazujący bynajmniéj na cierpienie organiczne serca.

Wypuk wątroby zupełnie prawidłowy i tu więc możemy wykluczyć głębsze zmiany będące przyczyną niedokrewności.

Dokładnych granic śledziony nie byliśmy w stanie oznaczyć, właśnie dlatego możemy przypuścić, że nie jest przynajmniej znacznie powiększoną, gdyż w takim razie bez wszelkich trudności bylibyśmy z pewnością granice jéj oznaczyć zdołali.

Pozostaje nam więc tylko żołądek z przełykiem i jelitami zasługujące na większą uwagę, bo do nich odnoszą się właśnie główne skargi chorego: brak zupełny łaknienia, ból w okolicy dolnéj części kości mostkowéj podczas połykania, uczucie chorego, jakoby tam kęsy na trudność w przesuwaniu się natrafiały, częste wymioty, ból za uciskaniem brzucha w okolicy nadpępkowéj; wszystkie te objawy zdają się wskazywać na cierpienie głębsze żołądka, mianowicie na raka. Przeciwko niemu zaś przemawia brak wszelkich guzów wymacalnych w okolicy żołądka mimo dokładnego kilkakrotnego badania i brak krwi w błwocinach. Na zarzut ten odpowiedziećby można, że przecież zdarzają się przypadki raka żołądkowego bez śladów krwi w błwocinach, a mianowicie, jeżeli mamy do czynienia z rodzajem raka nie skłonnego do rozpadów. Niemożność wymacania jakiegokolwiek guza w okolicy żołądka — możnaby powiedzieć — nie przemawia wprost przeciwko istnieniu raka, przeciwnie naprowadza na miejsce jego siedziby, jeżeli obok tego ujemnego objawu uwzględnimy inne powyżéj opisane objawy, a mianowicie ból i uczucie zwężenia w okolicy dolnéj części kości mostkowéj: przypuściwszy istnienie raka w okolicy wpustu żołądkowego *(cardia)*, łatwo sobie wytłumaczymy i niemożność wymacania guza i ból oraz uczucie zwężenia w rzeczonéj okolicy.

Przeciwko temu przypuszczeniu musimy zauważyć, że chory wprawdzie twierdzi, jakoby czuł zwężenie w okolicy dolnéj części kości mostkowéj, badanie zgłębnikiem połykowym atoli wykazało zupełną drożność przełyku i wpustu bez najmniejszego rzeczywistego zwężenia. Ta okoliczność obok braku wszelkich objawów przedmiotowych przemawia stanowczo przeciwko rakowi żołądka; a zważywszy nadto, że chory cierpiący już od 9 lat na obecną chorobę liczy dopiero lat 23, możemy spokojnie istnienie raka żołądkowego wykluczyć.

Nie mogę na tém miejscu milczeniem pominąć objawu, o którym z wywiadów powzięliśmy wiadomość, przemawiającego za głębszemi zmianami organicznemi żołądka lub przełyku: po użyciu zgłębnika połykowego przy pierwszém badaniu chorego w poliklinice rzuciła mu się z ust krew i znaczna ilość cuchnącéj ropy. Przypuszczając istnienie złośliwego nowotworu zwężającego przełyk lub wpust żołądkowy, w jaki sposób wytłumaczyć następne, kilka lat trwające polepszenie?

Dla mnie cała sprawa przez chorego opisana w ten sposób łatwo się tłumaczy: Jak zwykle w poliklinice, tak i w obecnym przypadku, po pobieżném i spiesznem zbadaniu chorego wprowadził któryś z obecnych pomocników asystenta — zwykle student — zgłębnik połykowy, a nie mając dostatecznéj wprawy, nadto spiesząc się jeszcze, zranił błonę śluzową przełyku; po wydaleniu zgłębnika nastąpiły wymioty z krwią. Że błwociny cuchnęły, łatwo pojąć; czy to jednak była ropa, to inne pytanie; w każdym razie nie trudno było przekonać chorego, chcąc go uspokoić, a uniewinnić operującego, że błwociny były ropą zmieszaną z krwią.

Za złośliwą niedokrewnością zaś przemawiały obok wszystkich objawów niedokrewności nie polegającéj na zmianach patologicznych przyrządów wewnętrznych i wiek chorego i powolne, ale ciągłe pogorszanie się jego stanu, i nareszcie przedewszystkiém wybroczyny w siatkówce. Już Quincke zwraca uwagę na to, że postać i mnogość tych wybroczyn wielkie ma znaczenie w rozpoznaniu. Wybroczyn w siatkówce téj mnogości i postaci nie napotykamy albo rzadko nadzwyczaj w innych rodzajach niedokrewności, mianowicie też w niedokrewności wywołanéj rakiem. Zmiany krwi, jakie spostrzegaliśmy pod drobnowidem, nie cechują niedokrewności złośliwéj; zdarzają się podobne zmiany w każdym rodzaju niedokrewności wyższego stopnia. Pytanie, czy w ogóle istnieją zmiany krwi drobnowidowe właściwe tylko złośliwéj niedokrewności? Eichhorst twierdzi, że odkrył taką cechującą zmianę krwi, z któréj nawet jest w stanie rozpoznać stanowczo pewien rodzaj złośliwéj niedokrewności. Rozróżnia on bowiem oprócz złośliwéj niedokrewności pierwotnéj, samodzielnéj i niedokrewności złośliwéj wtórorzędnéj, objawowéj, wywołanéj np. ciążą, porodami, niestrawnością i t. d., podział dotychczas ogólnie uznany, jeszcze inne 2 rodzaje, czyli raczéj poddziały: 1) złośliwą niedokrewność, w któréj przyrządy wytwarzające krew są pierwotnem siedliskiem choroby; 2) złośliwą niedokrewność, w któréj pierwotnie części składowe krwi niezwykle obficie giną rozpadając się. Ta zasada podziału ma się stosować tak do pierwotnéj, jako i wtórorzędnéj niedokrewności złośliwéj. Zresztą już Quincke o tym podziale również wspomina.

Otóż Eichhorst twierdzi, że pierwszy rodzaj złośliwéj niedokrewności, w któréj to przyrządy wytwarzające krew pierwotnem są siedliskiem choroby, można za życia na pewno rozpoznać na podstawie drobnowidowego obrazu zmian krwi: w tych przypadkach bowiem mają się znachodzić zawsze i stale liczne, małe, kuliste, czerwone ciałka krwi, ciałka krwi niedorosłe wskazujące na niedomaganie przyrządów, gdzie właśnie rosną.

Uzasadniając rozpoznanie wspomniał jeszcze Nothnagel, jak już powyżéj namieniłem, o zaniku żołądka, mianowicie gruczołów jego, które to cierpienie kilku angielskich autorów jako samodzielną chorobę opisało. O istnieniu tego cierpienia nic stanowczego nie można było orzec: zdawało się nawet dość prawdopodobnem, a niewykluczało by to bynajmniéj rozpoznania złośliwéj niedokrewności, jak ją teraz pojmujemy; byłaby to tylko jedna z przyczyn wywołujących niedokrewność złośliwą, o któréj już Quincke wspomina. Podług mego zdania wątpić należy, czy podział na pierwotną i wtórorzędną niedokrewność złośliwą jest w ogóle dozwolony: różnica dwóch tych rodzajów może polega na tém, że raz nam się uda przyczynę wykryć, a drugim razem znowu nie.

Skoro tylko więcéj dokładnie obserwowanych przypadków będziemy mieli, w których i badanie pośmiertne z największą skrupulatnością wykonaném będzie, spodziewam się, że powoli rodzaj pierwotnéj, samoistnéj niedokrewności złośliwéj zaginie. W tém zdaniu utwierdza mnie także nasz przypadek, jak to poniżéj wykażę. Z téj téż przyczyny ogłoszenie każdego przypadku dobrze zbadanego nadzwyczaj jest ważne dla lepszego rozpoznania istoty choroby w mowie będącéj.

Mając szczerą chęć o ile mi sił starczy opisać nasz przypadek podług prawideł, tak dobitnie przez prof. Korczyńskiego dla kazuistyki w 1 numerze Przeglądu z r. b. nakreślonych, pominę drobniejsze szczegóły z przebiegu dalszego, a streszczę tylko ważniejsze zmiany stanu chorego.

Od 21 maja, kiedy chorego przedstawiono w klinice, aż do 30go, tojest dnia, w którym wykonałem w zastępstwie tajnego radzcy dworu prof. Rieda operacyję przetoczenia krwi, dwie głównie zmiany mam do zaznaczenia. Po pierwsze: zaraz 21go wieczorem dostał chory rozwolnienia, które blisko cały tydzień trwało. Powtóre uskarżał się dnia 25go na utrudnioną mowę. Badając go dokładniéj spostrzeżono, że usta cokolwiek ku prawéj stronie były wykrzywione; lewy kąt ust znajduje się cokolwiek wyżéj od prawego. Po południu tegoż dnia różnica w ustawieniu kątów ustnych jeszcze widoczniejsza, chory nie jest w stanie zrobić potrzebnego do gwizdania poruszenia ust, powietrze po lewéj stronie umyka. Wymowa znacznie utrudniona; umysł niby wolny. Oprócz tego spostrzeżono wyraźny niedowład lewéj ręki i nogi; w 20 minut późniéj, kiedy powyższe spostrzeżenie w południe zrobiono, chory mówił wyraźnie i ani znaku porażenia odnóg nie było widać. Chory ma umysł wolny, okazuje tylko niezwykłą obojętność. Gorączka nie opuściła go w całym przeciągu czasu od 21 do 30go, dochodziła nieraz do 39,0° C.

30 maja w południe przystąpiłem do operacyi przetoczenia krwi. Prof. Nothnagel początkowo życzył sobie przetoczenia w żyłę, po wysłuchaniu przyczyn skłaniających mnie do przetoczenia w tętnicę, przystał na takowe; przyczyny te w końcu wyliczę, teraz najprzód opiszę przebieg operacyi.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci.

Gorączka powrotna wieku dziecięcego.

Przez Dra **A. Kwaśnickiego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 25.)

Ilość moczu, jego ciężar gatunkowy i barwa ulegająca znacznym wahaniom, nieznaczna ilość białka w czasie napadu i znikanie takowego w przerwach była zawsze spostrzeganą; chlorki zupełnie znikały lub zmniejszały się, a stopa zmniejszenia się ich zostawała w prostym stosunku do wysokości gorączki, natomiast nieznaleziono wałeczków ani jednego razu. Mocznik, którego ilość tak znakomicie powiększa się w czasie napadu zimniczego, pozostawał w stosunku niemal prawidłowym, gdyż stopa jego na dobę mało podnosiła się. Okoliczność ta nie przemawia za teoryją zmierzającą do przypisania wątrobie czynności dysasymilacyjnéj, a to ze względu na to, że podług Charcota i Brouardela, którzy wyznają powyższe zapatrywanie, stopa mocznika na dobę u osób, ulegających nawałowi krwi do wątroby, niemal podwaja się, jeśli gruczoł ten nie uległ chorobowym zmianom swéj budowy, a powiększenie to następuje w skutek zwiększonéj działalności czynnościowéj wątroby przekrwionéj; w dziale o objawach gorączki powrotnéj namieniłem, że powiększenie wątroby w czasie napadu, jéj tkliwość na dotyk a wreszcie małość, znikające w nasileniu a pojawiające się powtórnie przy powrotach, świadczą dowodnie, że objawy te tylko nawałem dadzą się wytłumaczyć; tymczasem odpowiedniego temu przekrwieniu powiększenia się ilości mocznika nie znaleziono. Kwas moczowy był zawsze nieco zwiększony, również siarkany, natomiast fosforany w czasie napadu stale były

zmniejszone. Chemizm moczu nie ma więc wielkiego semijotycznego znaczenia.

Do powikłań gorączki powrotnéj zaliczają autorowie zapalenie ślinianki przyusznéj, ucha środkowego, okostnéj żuchwy, błon surowiczych, tęczówki, ciałka rzęskowego, zmętnienie ciałka szklanego, przewlekły obrzęk śledziony; lecz jak każdorazowa epidemija, czy to ospy, płonicy, czy duru itd. ma swe cechy, które mogą jéj brakować w wybuchu następnym, że tu tylko przytoczę płonicę, która w jednym roku ustawicznie będzie się wikłać z błonicowém zapaleniem połyku, a już w następnym przeważa zapalenie nerek, tak i brak w tegoroczném epidemii gorączki powrotnéj powyżéj przytoczonych powikłań nie oznacza jeszcze, ażeby one nigdy nie miały miejsca. Taka powaga w rzeczy nas tu obchodzącéj, jak Griesinger, pisze, że w spostrzeganéj przez siebie gorączce powrotnéj roku 1851 w Egipcie, żółtaczka z następowém otruciem krwi kwasami żółciowemi stanowiła wyłączną cechę ówczesnéj złośliwéj epidemii; inni pisarze przytaczają znowu taką rozmaitość powikłań gorączki powrotnéj, że zaiste pomimo woli nasuwa się pytanie, ażali tu nie pomieszczono wszelkich możebnych przypadkowych niedomagań, niemogących mieć żadnego naturalnego związku z pojęciem zakażenia. Łagodny charakter epidemii tegorocznéj uwydatnił się i w braku powikłań, towarzyszących gorączce powrotnéj; raz na 24 przypadków, leczonych w szpitalu św. Ludwika, nastąpiło między pierwszym a drugim napadem zapalenie zrazowe płuc, które zakończyło się śmiercią, oraz w jednym przypadku po skończeniu trzeciego napadu obrzęk śledziony nie zmalał, a pomimo wytrwałego zadawania chininu gruczoł ten nie cofnął się pod łuk żebrowy a dziecko pozostało blade i znużone.

Opis napadów, powyżéj podany, zwalnia mnie od układania osobnego działu, przedstawiającego przebieg gorączki powrotnéj. Choroba ta nie jest jak ospa, odra, płonica lub dur, które po jednorazowém odbyciu wyjątkowo tylko nawiedzają te same osoby; gorączka powrotna w tym względzie zbliżona do zimnicy, gdyż powraca jak ta ostatnia; chłopak dziesięcioletni, leczony w szpitalu św. Ludwika na gorączkę powrotną w miesiącu styczniu, przybył powtórnie w miesiącu maju z wybitnemi objawami tejże saméj choroby.

Nie wiele jest cierpień ustroju ludzkiego, któreby z taką pewnością mogły być rozpoznane jak gorączka powrotna: jak świerzbowiec jest przyczyną świerzbu, i nikt nie zechce wątpić, kto stwierdził obecność świerzbowca pod skórą, że ma do czynienia z tą chorobą; jak wykrycie pod drobnowidem strupinka Schönleinowego przy cebulce włosowéj utwierdza nas, bez względu na kształt i wejrzenie wyrzutów na czepcu, że nieomylnie mamy do czynienia z strupniem głowowym, tak i dostrzeżenie spiryli we krwi, dopóki tworów tych nie wykryto we krwi cierpiących na inne choroby, staje się dowodną cechą gorączki powrotnéj. Kształt skręcony i cechujące trojakie ruchy tak wybitnie uwydatniają tego pasorzyta, że jest niepodobieństwem wziąść spiryle za co innego; trudność zaś a może i niemożebność wykazania ich po przesileniu zapewne polega na tém, że utracając rzeczony kształt i ruchy stają się podobnemi do niteczek, nim się rozpadną, i niczém się nie różnią od włókienek, przystających do szkła przy jego oczyszczeniu. Długo czekało *contagium animatum* lekarzy XVI stulecia na swe potwierdzenie, długo gubiono się w prawdopodobieństwach, gdyż dopiero za dni naszych intuicyjne to przypuszczenie zostało udowodnionem w dwóch chorobach zakaźnych: w wągliku i gorączce powrotnéj; a w ostatnich dniach dopiero Pasteurowi udało się zbadać przyrodę prątka ropnicowego, stanowiącego istotę ropnicowego zakażenia ustroju.

Spiryle wykrył Obermeier w r. 1873 we krwi cierpiących na gorączkę powrotną, a nabytek ten naukowy jest tém cenniejszy, że przyczynia się do stwierdzenia zasady patologicznéj, któréj nowoczesnym rzecznikiem jest Klebs, a która zmierza do przypisania ustrojom niższym istoty zakaźnéj przyrzutu i zaduchu. Co się dzieje z spirylami, że w przerwie między napadami wykryć je we krwi i wydalinach niemożna, odpowiedź na to pytanie nie wyjdzie dopóty z dziedziny przypuszczeń, dopóki drobnowid i chemija nie wykażą szczątków nieżywych rozłożonych resztek tego pasorzyta; lecz w badaniu przyrody poniekąd wolném jest badającemu tworzenie przypuszczeń, jeśli one są w licznéj zgodzie i analogii z ogólnemi prawami przyrody, a większa część pewników nauki lekarskiéj przebywała czasem kilka wieków pod retoryczną postacią sylogizmu, nim je pracownia bijologiczna nie uzmysłowiła, nie przeobraziła w aksyjomat. Zdaje się, że kilka pokoleń spiryli żyje w ustroju ludzkim podczas gorączki powrotnéj, a wylęgnięciu się, życiu, oraz rozplenowi każdego pokolenia odpowiada jeden napad rzeczonego zakażenia; postać i ruchliwość pasorzyta każą się domyślać, że dostaje się on do ustroju wszelkiemi możebnemi drogami a znalazłszy we krwi glebę niezbędną do życia, odbywa w niéj swój efemeryczny żywot, który zakończa odbyciem czynności płciowych, co odpowiada najwyższemu stopniowi gorączki zakażonego ustroju. Złożywszy zarodniki ginie pokolenie spiryli a szybki rozkład utrudnia odszukanie szczątków pasorzyta, lecz zapewne wydala je ustrój naturalnemi swemi sączkami, tj. albo potem, jak w zimnicy, ropnicy, albo biegunką jak w cholerze, posocznicy, albo wreszcie wymiotami jak w otruciu krwi mocznicowém, cholerze itd. I rzeczywiście każdy napad gorączki powrotnéj zwykle kończy się jednym z rzeczonych objawów. Zarodniki złożone przez jedno pokolenie, jako ciała obdarzone siłą spraw życiowych, pozostają we krwi i w przemówieniu swém na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, odbytém w dniu 11 stycznia br., podaje prof. Browicz, że spostrzegał pojedyńczo te zarodniki, i że przy sprzyjających okolicznościach szybko się rozwijały; sądzę więc, że przerwa 7—10 dniowa między dwoma napadami jest czasem potrzebnym dla wylęgnięcia się nowego pokolenia spiryli, które wywołuje drugi napad, kończący się jak i pierwszy śmiercią spiryli drugiego pokolenia, które złożyły zarodniki dla pokolenia trzeciego, i pomnożenie trwałoby dłużéj, gdyby skutki gorączki powrotnéj nie zmieniały na tyle w ustroju warunków potrzebnych dla życia spiryli, że w końcu zarodniki, jak ziarno rzucone na wyczerpaną glebę, rozpleniać się nie mogą i ulegają rozkładowi. Nie przywiązując do powyższego zapatrywania się więcéj znaczenia, aniżeli mu się należy z zasady analogii, przytoczyłem je tylko dla tego, że uderza ono swém prawdopodobieństwem.

Krew dzieci, leczonych na gorączkę powrotną w szpitalu św. Ludwika, najczęściéj była badaną w zakładzie anatomii patologicznéj, i każdorazowa obecność spiryli w czasie napadu została stwierdzoną.

Lecz nie zawsze lekarz ma łatwość i możność zbadania krwi swoich klijentów, nie zawsze on posiada doskonały drobnowid, powiększający 800 do 1200 razy; a zatém, jak cenném i rozstrzygającém dla rozpoznania gorączki powrotnéj jest stwierdzenie obecności we krwi spiryli, nie należy jednakże spuszczać z uwagi innych objawów, nieposiadających

wprawdzie téj siły przekonywającéj, ale niemniéj dosadnie cechujących gorączkę powrotną, a do tych należą: znużenie, ułożenie bezwładne i nieruchome, gwałtowny obrzęk śledziony, kryzys wrzekoma, zapad, a wreszcie powrót napadu po 7—10 dniowéj przerwie.

Gorączkę powrotną łatwo w początku napadu wziąść za zimnicę, jeśli badanie krwi dało wynik ujemny, lub nie było dokonaném; lecz jeśli w zimnicy, z wyjątkiem niemowlęctwa, brak okresu dreszczów jest wyjątkiem, to w gorączce powrotnéj małe dreszczyki mają stanowić wyjątkowy objaw niektórych tylko epidemij; okres gorączki w zimnicy cechuje się zabarwieniem policzków, rzucaniem się w łóżku, dzieci chore na gorączkę powrotną są blade i nieruchome; trwanie napadu zimniczego tylko w okolicach błotnych przedłuża się i to wyjątkowo do 2 lub 3 dni, napad zaś gorączki powrotnéj stale trwa kilka dób. Brak bębnicy, plamek skórnych, stałego kruczenia nad jelitem ślepém i wrażliwości téj okolicy na dotyk wyróżnia gorączkę powrotną od duru. Rozpoczynające się wysypki posiadają już w okresie wylęgania się swe cechy, po których je można od gorączki powrotnéj odróżnić, i tak płonica uwydatnia się jeszcze przed wystąpieniem wysypki bólem i czerwonością połyku, odra zajęciem błon śluzowych, ospa bólami w krzyżach i erotyczną cechą gorączki, a chociaż śledziona obrzęka w ostrych zakaźnych wysypkach, nigdy jednak tak gwałtownie nie dochodzi do tak wielkich rozmiarów, jak to ma miejsce w gorączce powrotnéj.

R o k o w a n i e z wyjątkiem wyłącznéj złośliwości epidemii, jaką np. spostrzegał Griesinger w Egipcie, jest dobrém i z e j ś c i e, jeśli choroba przebiegała bez powikłań, kończy się wcześniéj lub późniéj zupełném wyzdrowieniem; wyzdrowienie to u dzieci słabowitych bywa nieco powolne w skutek znacznéj niedokrewności, a nieustępujący obrzęk śledziony czasem wymaga dłuższego leczenia i baczności. Ś m i e r t e l n o ś ć dzieci zapadających na gorączkę powrotną jest bardzo mała, jeśli będziemy sądzić po tegorocznéj epidemii; na 24 chorych przypadł jeden przypadek śmierci w skutek powikłania się gorączki powrotnéj zrazowém zapaleniem płuc; oględziny pośmiertne nie wykazały ani jednéj zmiany, którąby nie należało odnieść do zapalenia płuc, lecz do gorączki powrotnéj.

Ze względu więc na ten łagodny przebieg i pomyślne zejście l e c z e n i e gorączki powrotnéj u dzieci jest bardzo ograniczone. Kierownik szpitala św. Ludwika prof. Jakubowski polecał w czasie napadu limonijadę mineralną, a jeśli ciepłota była bardzo wysoką, podawał chinin, który, trzeba to przyznać, nie wywierał żadnego wpływu na przebieg gorączki; przy silniéjszém bólu głowy stósowano zimne okłady, oraz lawatywy lub środki czyszczące, zwłaszcza jeśli zaparcie żywota stwierdzoném było; w okresie zapadu podawano dzieciom wino, którego ilość stósowano do stopnia zapadu, oraz rozczyn amonijacki anyżowy; jeśli po ustąpieniu napadu nie mijała bladość i osłabienie, zadawano wyzdrowieńcom żelazo same lub z chininem.

Ważniejszém stokroć jest leczenie zapobiegawcze. W wyłożeniu przyczyn gorączki powrotnéj wyraziłem się, że ubóstwo fizyjologiczne z jednéj strony, nieczystość mieszkań i powietrza z drugiéj, stanowią warunek niezbędny szerzenia się gorączki powrotnéj, a przypuszczenie to staje się pewnikiem, skoro uwzględniamy, że na 24 dzieci leczonych w szpitalu św. Ludwika na gorączkę powrotną 12 dostarczyły ogrzewalnie, resztę zaś magistrat i najbiedniejsze warstwy społeczeństwa krakowskiego; w większości przypadków po kilka dzieci pochodziło z jednéj rodziny lub jednego domostwa. Czy źródło przyrzutu da się odnieść do wody stojącéj, ze względu tylko na to, że Ehrenberg wykrył w takowéj r. 1832 żyjątko *(spirochate plicatilis)*, które niczém się nie różni od spiryli gorączki powrotnéj? odpowiedzieć dziś jeszcze trudno, ale możebności nikt nie zechce zaprzeczyć. Ubóstwo, które w tegoroczném zimie więcéj niż przedtém trapiło klasy robocze mieszkańców Krakowa, znane ich nadużycia wszelkiego rodzaju, z drugiéj strony nieczystość naszych schronisk zimowych i przepełnienie takowych, są istotne przyczyny tegorocznéj epidemii gorączki powrotnéj w Krakowie, i leczenie zapobiegawcze winno mieć na względzie usunięcie tych przyczyn, by usunąć ich następstwa. Niewiem ile kosztować mogła kraj epidemija tegoroczna, lecz kosztować musiała; gdyby grosz ten był użyty jednorazowo na urządzenie obszerniejszych i czyściejszych schronisk zimowych, gdyby włożono go na zaopatrzenie ogrzewalni w łaźnię, gdzie każdy szukający schronienia pierwiejby oczyszczał się, nim wejdzie na salę ogólną, jak to jest zaprowadzone w Berlinie, gdyby głodnym i zziębniętym podawano przy wstępie na salę talerz rosołu, jak to dzieje się także w Berlinie, ochroniłoby się nie jedno życie, ocalonoby setki rąk dla pracy, a praca jednostek jest zbiorowém bogactwem narodu. Prócz téj potrzeby ulepszenia naszych schronisk zimowych, więzień itd. do leczenia zapobiegawczego należy zaradzenie ubóstwu fizyjologicznemu mieszkańców Krakowa a mam na myśli klasę wyrobniczą, a do tego klucz spoczywa w dobrobycie i dzierżą go ci, którzy oddziałać mogą i potrafią na polepszenie warunków ekonomicznych i umoralnienie naszego ludu.

Kiedy już epidemija gorączki powrotnéj wybuchła, należy się przynajmniéj zamknąć tę ogrzewalnię lub więzienia, które dają największy kontyngens chorych, dotkniętych nią odosobnić, a zdrowych rozsypać po rozmaitych dzielnicach miasta; ostrożność ta jest niezbędną, gdyż nie tylko pewne dzielnice lub domy bywają rozsadnikiem zarazy, ale spostrzegano osobne izby, które posiadały smutny przywilej hodowanie przyrzutu; roznoszenie choroby przez chorych jest również pewnikiem stwierdzonym, że tu na poparcie przytoczę tego braciszka XX. Misyjonarzy na Kleparzu, który będąc użyty do rozdawania pożywienia żebrakom, uległ sam gorączce powrotnéj, i nikt inny w całém zgromadzeniu chorobą tą nie był dotknięty; udzielanie się jednak przyrzutu w wieku dziecięcym jest o wiele słabszém, jeśliby sądzić wypadło podług tegorocznéj epidemii, gdyż dzieci leczone w szpitalu św. Ludwika na gorączkę powrotną nie były oddzielone a pomimo tego rozsypania ich po wszystkich salach nie było w rzeczonym szpitalu ani jednego przypadku zachorowania na gorączkę powrotną.

Przechodząc z szczegółowych do ogólnych pojęć o gorączce powrotnéj, doszedłem do następujących wniosków: *a)* Gorączka powrotna wieku dziecięcego jest w takim stosunku do gorączki powrotnéj osób dorosłych, jak dur dzieci do duru wieku późniejszego, to jest, że czas trwania, doniosłość narządów zajętych, natężenie i stopień objawów, przebieg i zejście są o wiele łagodniejsze w wieku do lat 12, aniżeli w późniejszém. *b)* Zaraźliwość gorączki powrotnéj jest słabszą dla wieku dziecięcego. *c)* Tegoroczna epidemija téj choroby w Krakowie była dla dzieci bardzo łagodną. *d)* Polegając na pracach najwiarogodniejszych autorów dochodzi się do przekonania, że stopień złośliwości lub łagodności epidemii nie był jednaki we wszystkich znanych do téj pory epide-

mijach, że bywa ona morderczą jak ta, którą spostrzegał Griesinger, i zupełnie łagodną, jak tegoroczna w Krakowie. *e)* Podupadłe zdrowie całych warstw społeczeństwa, niedostateczne odwietrzanie i nieczystość mieszkań stanowią warunki do wybuchu epidemii gorączki powrotnéj; natomiast dobrobyt i umoralnienie klas roboczych, zastósowanie pojęć zasadniczych higijeny do życia codziennego nie tylko zapobiegają szerzeniu się przyrzutu, ale mogą uwolnić ludzkość od jednego z jéj biczów, wykreślając gorączkę powrotną z rejestrów nozologicznych.

III. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków

III. Morderstwo w kopalni.

napisał prof. Dr. **Blumenstok.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 24.)

Gdy znawcy górnicy orzekli, że skała, którą Paweł G. był przykryty, ważyć mogła 5—6 cetnarów, że ona nie mogła spaść nagle, lecz zesunęła się z wysokości takiéj, jaką miało wydrążenie, w którém G. pracował, wydaliśmy następującéj treści orzeczenie:

I. Według zeznań świadków udał się Paweł Gąsior d. 22 marca rano po śniadaniu do szybu Fryderyka, gdzie go znaleziono d. 23 marca nieżywego, już całkiem „twardego i zimnego.“ Okres ten 24-godzinny, wśród którego Paweł G. życie postradał, maleje więc skutkiem tego podania, że d. 23 marca zrana ciało jego było już sztywném, gdyż stężenie trupie występuje zazwyczaj w 10—12 godzin po śmierci, a zatém śmierć Pawła G. nastąpić mogła najpóźniéj d. 12 marca wieczór. Zgadza się to przypuszczenie i z podaniem świadków, że na drabinie do szybu prowadzącéj, którą d. 23go rano zastano śniegiem przyprószoną, nie spostrzeżono żadnych śladów stóp ludzkich. Lecz i ten termin możemy znacznie skrócić jeżeli zważymy:

1) że Paweł G. udawszy się o 6éj zrana do szybu wziął ze sobą lampkę, z któréj mało tylko oleju ubyło;

2) że wziął ze sobą kawałek placka, który znaleziono nietknięty; a co ważniejsza

3) że przy sekcyi znaleziono żołądek prawie próżnym, z czego dozwolony jest wniosek, że Paweł G. zmarł po ukończoném trawieniu, a więc w kilka godzin po śniadaniu i wejściu do szybu.

II. Na ciele Pawła G. znaleziono liczne obrażenia, które tak pod względem użytego narzędzia, jakotéż kolei, w któréj zadane zostały, rozpadają się na 3 kategoryje, o których późniéj będzie mowa. Jednak tylko obrażenia na głowie znalezione były śmiertelne.

III. Oględziny wykazały na głowie Pawła G. ranę rozległą, aż do kości dochodzącą, a w przednim odcinku téj rany znaczny otwór w czaszce samej; następnie na oponie twardéj w miejscu odpowiadającém temu otworowi liczne odłamki kostne i krew skrzepłą, a wreszcie rozległy udar oponowy oraz udar włosowaty i ognisko większe w płatach czołowych mózgowia. Obrażenia zadane w głowę wywołały zatém złamanie czaszki i udar mózgowy, który stał się przyczyną śmierci Pawła G.

IV. Rana w powłokach czaszkowych zadaną została narzędziem co najmniéj ostrawém; trudno bowiem przypuścić, aby rana tak regularna, tak długa i tak głęboka mogła być zdziałaną narzędziem tępém. Najprawdopodobniéj rana ta zadaną została za pomocą kopaczki, którą przy zmarłym znaleziono, a która przez nas opisaną została, a mianowicie lewym brzegiem ostrza. Przemawia zatém okoliczność, że brzeg ten jest krwią powalany tak na górnéj, jako téż na dolnéj płaszczyźnie.

V. Otwór zaś w czaszce saméj zdziałany został najprawdopodobniéj tém samém narzędziem, a mianowicie obuchem jego; przemawia za tém okoliczność, że obuch a mianowicie połowa jego lewa również jest krwią powalana, a co ważniejsza, że na niéj przylepionych jest kilka włosów téj saméj barwy, jaką miały włosy Pawła G.

VI. Według wszelkiego prawdopodobieństwa człowiek trzymający kopaczkę za stylisko uderzył naprzód Pawła G. brzegiem lewym żelaza, a następnie nieznacznie zwróciwszy kopaczkę na prawo ugodził go powtórnie lewą połową obucha w przedni odcinek rany poprzednio już zdziałanéj i tém drugim ciosem złamał mu czaszkę. Oba uderzenia musiały szybko po sobie nastąpić, a po uderzeniu pierwszém nie tylko żelazo ale i stylisko mogły się krwią zbroczyć.

VII. Rozumie się samo przez się, że ręka napastnika, trzymająca kopaczkę musiała się przy téj sposobności również powalać krwią, jak to późniéj jeszcze wspomnimy.

VIII. Z tém wszystkiém nie wykluczamy absolutnie możebności, że uderzenie drugie mogło być zadane i kilofem, który nawet byłby narzędziem odpowiedniejszém do zdziałania otworu w czaszce; przemawia tylko przeciw temu narzędziu ważna okoliczność, że rana pierwsza nie mogła być zdziałana kilofem, a trudno przypuścić, aby napastnik po zadaniu jednego ciosu rzucił narzędzie i obrał sobie drugie.

IX. Oprócz głównych obrażeń głowy, które były uszkodzeniem śmiertelném i w danym przypadku stały się przyczyną śmierci, znaleziono inne jeszcze już to ciężkie, już to lekkie w rozmaitych okolicach ciała. Uszkodzenia te naprowadzają nas zarazem na koléj, w któréj one zadane zostały.

X. Kolej ta najprawdopodobniéj była następująca:

1) Paweł G. nasamprzód opodal od miejsca, gdzie go znaleziono nieżywego, uderzony został w okolicę mostka i to za pomocą narzędzia tępego, ciężkiego, z wielką siłą użytego, jak tego dowodzi duży siniec, połączony ze znaczném podbiegnięciem krwi nie tylko tkanki podskórnéj, ale i mięśni, oraz ze złamaniem 5go żebra lewego.

Narzędziem tém mógł być kilof lub kopaczka, a w szczególności obuch jednego lub drugiéj.

Ze się przytém nie obeszło bez szamotania się, a więc bez walki i obrony, za tém przemawiają:

a) otarcia na szyi, które jakkolwiek nie podbiegnięte krwią, przecież za życia powstać mogły, oraz

b) mocne poszarpanie koszuli właśnie w okolicy przodkowéj klatki piersiowéj.

2) Skutkiem tego silnego uderzenia w piersi Paweł G. musiał potoczyć się i upaść, a leżąc już otrzymał rany w głowę. Że nie został uderzony w głowę wtedy, gdy jeszcze stał, tego dowodzi obecność plam krwawych tylko na czole, a brak ich na twarzy i na szyi. Nadto w chwili, gdy uderzony został w głowę już czapki na głowie nie miał, bo takowa okazała się nie uszkodzoną. Po obrażeniu głowy już więcéj nie wstał, jednak nie umarł natychmiast, gdyż mamy dowód, że odbył jeszcze pewne ruchy ręką prawą, a po części i lewą. Za tém przemawia:

a) powalanie krwią ręki prawéj tak po stronie grzbietowéj, jak dłoniowéj;

b) znaczne powalanie krwią rękawa prawego od kaftanika i koszuli w dolnéj połowie, — co dowodzi, że Paweł G. przez kilka chwil przynajmniéj przyłożył rękę prawą do rany głowowéj;

c) plamy krwi na nogawce prawéj spodni po stronie zewnętrznéj, co dowodzi, że Paweł G. rękę swoją prawą już zbroczoną od rany głowowéj spuścił na dół, przyczém spodnie powalały się krwią;

d) wreszcie znaleziono zmarłego z ręką prawą ułożoną na klatce piersiowéj i ztąd zapewne pochodzą nieznaczne plamy krwi na koszuli z przodu;

e) na ręce lewéj pokrytéj skałą znaleziono ślady krwi tryskającéj; ponieważ prócz na głowie nigdzie na ciele ran nie było, więc oczywista, że i ręka lewa musiała w chwili uderzenia głowy z nią stykać się a następnie opaść.

Obrażenie głowy mogło nastąpić albo na tém miejscu, gdzie trupa znaleziono, albo opodal od tego miejsca; obecność bowiem plam krwawych w sąsiedztwie tego miejsca dozwala przypuścić, że Paweł G. razy śmiertelne otrzymał niekoniecznie, gdy już leżał na kamieniu, lecz mógł on je otrzymać i opodal od kamienia, a następnie mógł być przesuniętym.

3) W stanie bezbronnym i zapewnie nieprzytomnym, ale jeszcze za życia doznał wreszcie Paweł G. obrażeń należących do trzeciéj kategoryi, a mianowicie obrażeń zadanych za pomocą skały 5—6 cetnarów ważącéj.

Do tych obrażeń należą:

a) kilka otarć po stronie prawéj nadpępcza;

b) siniec nad krętarzem większym po stronie lewéj;

c) otarcie przyskórka na udzie prawém;

d) obrażenie podudzia lewego;

e) obrażenie nerki lewéj.

Że obrażenia te powstały za życia jeszcze, tego dowodzi znaczne podbiegnięcie krwi w obrażeniach pod l. *b)*, *d)* i *e)* opisanych, — że zaś zadane zostały p o z r a n i e n i u g ł o w y, za tém przemawia stanowczo okoliczność, że na ręce lewéj skałą przyciśniętéj znaleziono, i to po stronie dłoniowéj, ślady krwi tryskającéj, która tylko z rany głowowéj pochodzić mogła; pierwéj więc ręka ta zetknąć się musiała z raną głowową, zanim przytłoczoną została.

XI. Ślad krwi na skale i to na stronie jéj zewnętrznéj pochodzić może tylko od ręki osoby trzeciéj, co znów dowodzi, że napastnik musiał być krwią zbroczony.

XII. Według zdania znawców — górników skała w mowie będąca nie spadła, lecz zesunęła się; ze stanowiska lekarskiego zdanie to potwierdzić wypada, gdyż skała 5—6 cetnarów ważąca, gdyby była s p a d ł a nagle choćby z bardzo miernéj wysokości na człowieka jeszcze żyjącego, byłaby zrządziła na ciele jego ogromne spustoszenia, a oględziny wykazały, że obrażenia wyżéj wymienione, a które tylko na karb skały policzyć należy, nie są wcale tak znacznemi; dowodzi to właśnie, że skała p r z e s u n ę ł a się tylko z miejsca nieco wyższego na ciało Pawła G. Ocenienie zaś, czy przesunięcie to było przypadkowém, lub téż umyślnie przez sprawcę wywołaném, już nie do nas należy.

XIII. Jakkolwiek jednak obrażenia skutkiem przesunięcia skały zdziałane nie były bardzo znacznemi, musiało ono jednak wywołać dość znaczne wstrząśnienie całego organizmu i skutkiem przytłoczenia prawie połowy ciała przyczynić się znacznie do przyspieszenia śmierci człowieka już i tak śmiertelnie ugodzonego i zapewne już konającego.

XIV. Z powyższego przedstawienia rzeczy wynika:

1) że Paweł G. umarł śmiercią gwałtowną, wywołaną przez osobę trzecią;

2) że więc śmierć samobójczą lub z przypadku stanowczo wykluczyć należy;

3) że Paweł G. naprzód został uderzony w piersi, następnie śmiertelnie ugodzony w głowę, a wreszcie przykryty skałą.

Ustęp I niniejszego orzeczenia musiałem późniéj zmienić, a to z następującego powodu: Zdanie swoje co do czasu, w którym Paweł G. prawdopodobnie umarł, oparliśmy na zeznaniu świadka, że zwłoki w chwili znalezienia ich były „zimne i twarde;“ tymczasem w toku śledztwa ów świadek został obwinionym o morderstwo na Pawle G. popełnione, a więc do zeznania jego nie można było przywiązywać żadnéj wagi. Natomiast dwaj wieśniacy, którzy zwłoki Pawła G. d. 13 marca przed godziną 8mą zrana wynieśli ze szybu, podali stanowczo, że takowe wcale nie były sztywnemi, że przeciwnie ręce i głowa ruszały się, że nawet nie było jeszcze stężenia około godziny 9éj zrana, gdy trupa przenieśli na sanki, pomimo że przez godzinę był leżał na zimnie. W skutek tego zeznania musieliśmy oświadczyć się za tém, że śmierć Pawła G. mogła nastąpić najwcześniéj wieczorem d. 22 marca.

Morderstwo to było i pozostało tajemniczém. Gdy bowiem urząd górniczy po wykryciu zbrodni oświadczył, że w owym szybie już dawno nie robiono, że więc Paweł G. z własnéj inicyjatywy, zapewne celem popełnienia kradzieży, tam się mógł udać i spotkawszy się z drugim robotnikiem, który w tym samym celu szyb mógł zwiedzić, zapewne wszczął z nim kłótnię i w niéj z jego ręki zginął, podejrzywano zrazu robotnika, który niby był znany z kradzieży ołowianki, zwłaszcza gdy na sukniach jego miano spostrzedz plamy podobne do krwawych. Badanie atoli jak najskrupulatniejsze sukni jego nie zdołało wykryć najmniejszego śladu krwi. Tymczasem wdowa po Pawle G. zeznała, że mąż jéj w wilię przed udaniem się do szybu oświadczył jéj, iż od sztygara M. otrzymał specyjalne zlecenie, aby w owym szybie zrobił porządek i że za to otrzyma wyjątkowe wynagrodzenie, tak że Paweł G. w skutek tego zlecenia właśnie z wielką ochotą wybierał się do roboty. Sztygar M. został uwięziony, a gdy i inne okoliczności bardzo przeciw niemu przemawiały, oskarżono go o zbrodnię morderstwa. Przy rozprawie atoli odbytéj w d. 17—19 stycznia 1877 r. Sędziowie przysięgli nie mogli nabyć przekonania o jego winie, w skutek czego większością głosów uznany został za niewinnego.

O ciekawym epizodzie wspomnieć jeszcze muszę. Wśród śledztwa, jednak dopiero w kilka miesięcy po śmierci Pawła G., zgłasza się świadek, niby naoczny, czynu zbrodniczego. Wieśniak pewien przyznaje się, że wieczorem d. 22 marca 1876 razem z drugim wieśniakiem udał się do w mowie będącego szybu celem popełnienia kradzieży; zaledwie jednak weszli po drabinie do szybu, słyszą, że ktoś za nimi idzie; usunęli się na bok i widzieli przechodzącego sztygara M., a za kilka chwil późniéj usłyszeli szamotanie się, jęk boleści, głos sztygara, a gdy ostatni wyszedł ze szybu, oni udawszy się na miejsce spostrzegli Pawła G. już nieżywego. Nieoceniony ten naoczny świadek zbrodni podziemnéj wystąpił atoli dopiero po śmierci swego towarzysza, który niby miał nie zezwalać na doniesienie Sądowi, w obawie, aby nie był karany za kradzież zamierzoną; dopiero po śmierci tego towa-

rzysza zgryzoty sumienia nie dozwoliły świadkowi dłużéj milczeć, zwłaszcza, gdy z tego powodu bezsenne nocc przepędzał; zwierzył się więc najprzód księdzu, a za jego poradą stanął przed Sądem. Gdy atoli zeznania jego nie nosiły na sobie znamienia prawdy przekonywającéj, gdy nadto się pokazało, że świadek ten ma pochodzić z matki epileptycznéj i sam podobno cierpi padaczkę i oddaje się pijaństwu, sędziowie przysięgli, jak wspomniałem, i pomimo jego zeznania nie nabrali przekonania o winie sztygara.

Przytaczam ten epizod dlatego tylko, że mi żywo przypomniał podobny przypadek Hofera, zapisany w literaturze sądowo-lekarskiéj (Henke's *Zeitschrift* 1828. XVI, p. 359, Krafft-Ebing: *Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins* 1868 p. 4). Pewnego dnia znaleziono jakiegoś młynarza nieżywego w wodzie, a wszystko za tém przemawiało, że człowiek ten upojony sam wpadł do wody. Po upływie 5 lat młynarczyk wystąpił z oskarżeniem przeciw wdowie i drugiemu młynarczykowi, jakoby mu ten ostatni opowiadał, że za namową żony wrzucił młynarza do wody i tak długo go w niéj trzymał, aż umarł, twierdząc, że dlatego wcześniéj Sądowi nie doniósł, ponieważ był całkiem zapomniał o całém zdarzeniu, aż dopiero niedawno w skutek snu przypomniał sobie a wyspowiadawszy się księdzu za radą tegoż wystąpił z doniesieniem. Po uwięzieniu oskarżonych śledztwo wykazało okoliczności, które prawdziwość doniesienia mocno zachwiały. Przypuszczano raczéj, że całe opowiadanie polega tylko na senném marzeniu, zwłaszcza gdy dowiedziano się, że matka donosiciela cierpiała na padaczkę, że on sam również był epileptykiem oraz że często znajdował się w stanie podobnym do nocobłędu i że nawet w więzieniu w skutek marzenia sennego o śmierci brata swego istotnie uwierzył, że brat jego już nie żyje.

Jeżeli w przypadku tym obwinionych uwolniono, prawda, że po należytém sprawdzeniu niewiarogodności zeznań donosiciela, to i przysięgłym naszym za złe mieć nie można, że na dziwném opowiadaniu naocznego niby świadka polegać nie chcieli. Co do mnie wstrzymuję się od sądu co do stanu umysłowego świadka, którego nie badałem, jednak analogija między nim a owym młynarczykiem jest bardzo wielka; gdyby jednak należycie sprawdzoném było, że świadek ten jest epileptykiem, to bacząc na nader wielkie powinowactwo, jakie zachodzi pomiędzy epilepsyją a stanem senności, bacząc następnie na wpływ szkodliwy, jaki nadużycie napojów wyskokowych wywiera na umysł epileptyka, nie wahałbym się uznać zeznania takiego człowieka co najmniéj za bardzo podejrzane.

IV. Oceny i sprawozdania.

Julius Cohnheim: **Uiber die Aufgaben der pathologischen Anatomie.** Leipzig 1878, F. C. W. Vogel, in 8vo, str. 24.

Znakomity i młody profesor powołany niedawno z Wrocławia na katedrę anatomii patolog. Uniwersytetu lipskiego, który uchodzi obecnie za piérwszy w Niemczech, rozpoczynając wykłady swoje przemówił d. 11 maja rb. do uczniów swoich przedstawiając im donioslość zadań anatomii patolog. Granice, które wytyka ważnéj téj nauce, są bardzo obszerne. Jakkolwiek początki jéj znachodzą się już u Vesala, jednak historyja nauki rozpoczyna się dopiero od wiekopomnego dzieła Morgagniego: *De sedibus et causis morborum.* Stworzyli ją patologowie, umyślnie i świadomie, na usługi kliniki. Od jéj powstania dopiéro istnieje patologija szczegółowa, bo od jéj powstania dopiero może być mowa o lokalizacyi chorób, o umiejętném ich rozpoznawaniu i o należytéj kontroli dla rozpoznawającego. Różni się zaś od anatomii prawidłowéj, o ile nie jest jak ostatnia nauką opisową, lecz stara się objaśnić to co znajduje, rozpoznawać przyczyny i pojmować związek między przyczyną a skutkiem, a najlepszym środkiem do wykazania tego związku przyczynowego jest dowolne wywołanie za pomocą pewnéj przyczyny odpowiedniego skutku tj. choroby; najpewniejszą podstawą etyjologii więc jest metoda doświadczalna, nie anatomiczna. Tak np. związek przyczynowy pomiędzy pewnemi chorobami wątroby i nerek a otruciem fosforowém dopiéro należy uważać za udowodniony, odkąd się udało wywołać te zmiany u królików lub psów przez zadawanie im fosforu. Dlatego anatomija patolog. ściśle rzecz biorąc jest nierozłączną od fizyjologii patologicznéj. Kto chce badać prawa życia chorego, kto chce być patologiem ogólnym, musi być albo klinicystą albo anatomem patologicznym, głównie ostatnim, ze względu na metodę doświadczalną nauki. Anatomija patolog. stanowi pomost między fizyjologiją a kliniką a przez ciągły i ścisły związek z patologiją ogólną ze służebnicy nauk klinicznych staje się dorodną ich siostrą.

Podawszy w krótkości treść rozprawki znakomitego uczonego, której odczytanie dla każdego lekarza połączoném będzie z prawdziwą korzyścią, zwracamy jeszcze uwagę na dwie kwestyje w niéj poruszone, z których pierwsza ma znaczenie ogólne, druga zaś specyjalnie odnosi się do systemu wykładowego w państwie austryjackiém.

O otwartéj jeszcze kwestyi żyjątek znachodzących się we krwi lub tkaninach osób chorych Cohnheim wyraża się jak następuje: „W nowszych czasach starano się zewsząd „wykryć przyczyny chorób wprost i bezpośrednio anatomi-„cznie; dążenie to mogło być skuteczne, ponieważ ustrój zwie-„rzęcy wedle swéj przyrody dopóty tylko na jakiekolwiek „wpływy oddziaływa objawami chorobowemi, dopóki wpływy „te w nim się znachodzą i działają. Tak udało się znaleźć „w trychinach bezpośrednią przyczynę wywołującą choro-„bę ogólną do niedawna zagadkową; o wiele ważniejszém „było, gdy się powiodło wykazać zawsze obecność o wiele „niżéj stojących, ale przecież niemniéj dobrze nacechowanych „organizmów we krwi lub tkaninach w wągliku, w go-„rączce powrotnéj, w złośliwém zapaleniu śródsierdzia, w cięż-„kich chorobach przyrannych itd. Wszak dla całéj tak ważnéj „grupy chorób zakaźnych *Contagium animatum* autorów da-„wniejszych już obecnie nie jest hipotezą, i całkiem słusznie „domaga się dziś nauka od patologa, aby w każdéj chorobie „zakaźnéj wykrył organizmy pasorzytne, którym ona zawdzię-„cza swoje powstanie. Pod tym tylko względem niemasz do-„tąd zgody, jak daleko sięga obszar chorób zakaźnych: wszak-„że są autorowie, którzy nawet złośliwym obrzękom przy-„pisują cechę zakaźną, oraz inni, którzy nie wahają się od-„nieść do zakażenia każde t. zw. zaziębienie, każdy katar! „Nie może tu być mojém zadaniem roztrząsać uprawnienie „takich zapatrywań, zwłaszcza że się przecież tylko rozcho-„dzi o nieco więcéj lub mniéj“.

Jak już wyżéj wspomniałem oświadcza się Cohnheim za tém, że patologiję ogólną wykładać powinien anatom patologiczny. Jeszcze bardziéj stanowczo oświadcza się przeciw odłączeniu fizyjologii patolog. czyli patologii doświadczalnéj od anatomii patologicznéj, dodając: „Jak mało pożytecznem „jest zupełne odłączenie i odosobnienie fizyjolog. patolog., o

„tém przekonać może rzut oka na katedry i zakłady dla patologii doświadczalnéj, która w pewném państwie sąsiedniém „na kilku uniwersytetach istnieją, podczas gdy wszechnice „niemieckie o ile mnie wiadomo dotąd na te manowce się „nie dostały; co w owych zakładach z pożytkiem zrobiono, „prawie wyłącznie należy do zakresu fizyjologii, a jest całkiem obcém patologii". Jestto oczywiście aluzyja do katedr austryjackich, a w pierwszym rzędzie do katedry wiedeńskiéj i do najserdeczniejszego swego przyjaciela prof. Strickera.

L. B.

Dr. R. Ultzmann (w Wiedniu): **O moczeniu krwawém** *(haematuria)*. Sprawozdanie Dra F. Obtułowicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25.)

Ilość moczu na dobę nie jest powiększoną, c. gat. prawidłowy, barwa moczu jak w ogóle przy krwotokach miąższowych jest czerwono-cisą lub brunatno-czarną. Oddziaływanie słabo kwaśne lub alkaliczne, jeżeli sprawa trwa dłużéj i nieżyt pęcherza się powiększył. Osad jest kosmkowaty, brunatno zabarwiony i zawiera włókienka czerwonawe lub barwy podobnéj do włókienek mięsa albo téż zawiera większe twory poplątane. Czasem zdarza się zwłaszcza w początkach cierpienia t. zw. moczenie włóknikowe *(fibrinuria)* tj. mocz z odcieniem czerwonawo żółtym za świeża rzadki, krzepnie już po kilku minutach w masę galaretowatą, która dopiero po dłuższém wstrząsaniu naczyniem przybiera swą dawniejszą postać płynną. Własność tę krzepliwości nie zawdzięcza mocz wcale krwi zawartéj, bo nawet barwa jego za tém nie przemawia, ale osoczu krwi *(plasma)* w większéj ilości w nim się znajdującéj; moczeniu bowiem włóknikowemu towarzyszy zawsze ogromne parcie, a skutkiem kurczowego ściągania się warstwy mięsnéj pęcherza powstaje zastój żylny w pętlach naczyniowych nowotworów kosmkowych, a jeżeli naczyńka nie pękną, to przepaca się tylko osocze krwi do małéj ilości moczu i staje się przyczyną jego krzepliwości. Autor widział 3 przypadki tego rodzaju, ilość moczu wynosiła zaledwie 150 sz. cm., a cierpienie z powodu omawianych nowotworów znajdowało się dopiero w pierwszym okresie rozwoju.

Z pomiędzy składników nieprawidłowych zawiera mocz dużo białka, i to zazwyczaj więcéj, niż obecnéj krwi i ropie odpowiada, również z powodu większego napięcia w pętlach naczyniowych kosmków. W przypadkach powikłania z cierpieniem nerkowém dałaby się zwiększona ilość białka wytłumaczyć niewątpliwie wykryciem pod drobnowidem wałeczków ziarnistych.

Krew znachodzi się w moczu przeważnie w stanie płynnym, tu i owdzie tylko pojawiają się drobne skrzepy powlekające nieraz szczątki z nowotworów, za któremi zawsze śledzić należy starannie. Rzadko i to zwykle w początkach cierpienia można z moczu wyłowić ładne kosmki okazujące pod mikroskopem podobieństwo do frędzli obrusa; w późniejszych okresach zaledwie można czasem widzieć skrzepy rozgałęzione pokryte ciałkami krwi, ropy i niezliczonemi prątkami. Staranne badanie wykrywa nieraz w tych skrzepach miejsca brunatno-zabarwione i pokryte pięknemi, żółtemi lub cisemi tabliczkami hematoidyny, zmieniającéj barwę swą za dodaniem kropli kwasu azotowego na zielono, niebiesko i fijoletowo. Hematoidyna charakteryzuje utkanie ze staremi wynaczynionkami, a pod tym względem przemawia za rakiem pęcherza.

Podobnież czasem w tych strzępkach nekrotycznych można wykryć małe okrągłe, bezbarwne rozety rozpuszczające się w zgęszczonych kwasach i alkalijach bez burzenia. Prawdopodobnie jest to niezwykła postać szczawijanu wapniowego. Oba te rodzaje kryształów pojawiają się tylko w moczu kwaśnym; w moczu alkalicznym skrzepy kosmkowe są pokryte kryształami fosforanów ziemnych i moczu amonowego, a inkrustacyje tego rodzaju sprawiają większy ból chorym, którzy nadto myślą, że cierpią na kamień, skoro piasek odchodzi, ale badanie sondą i badanie drobnowidowe omyłkę tę wydatnie wykazuje.

Przebieg cierpienia jest przewlekły, rokowanie niepomyślne, chory po 2 lub 3 latach umiera skutkiem utraty krwi i charłactwa. Zazwyczaj krwotoki są najznaczniejsze w początkach cierpienia, a w końcu zdarzają się rzadziéj i tylko przeważnie ropa odpływa. Śmierć następuje wśród przypadów mocznicy czy to z powodu powikłania z cierpieniem nerkowém, czy téż zatkania ujść moczowodów przez bujający nowotwór i niemożebność odpływania moczu. Rzadko chorzy giną skutkiem posocznicy lub zakrwawienia się.

2. Rozdęcia żył w części krokowéj cewki moczowéj i koło ujścia pęcherza czyli tak zwane hemoroidy pęcherzowe zdarzają się rzadko, a pod względem ajtyjologicznym musimy jeszcze długo może czekać na umiejętne ich wyjaśnienie. Krwotoki obfite z naczyń porozdymanych zdarzają się nieraz na przemian z krwotokami z żył odbytnicy, a im obfitszy był krwotok z jednego ze wspomnianych narządów, tém większy następuje przeciąg czasu zupełnego spokoju i zdrowia niezamąconego. Dla tego rodzaju moczenia krwawego jest przedewszystkiém to rzeczą cechującą, że krwotok występuje nagle zazwyczaj w nocy, w czasie zatém zupełnego spokoju, utrzymuje się potém przez dni parę i potém znika, a chory szybko odzyskuje zdrowie zupełne. Z początku pojawiają się takie krwotoki co lat kilka, późniéj co 2—3 miesięcy, ale już nie tak obfite, jak w początkach; mocz oddany bez parcia i bez bólów odpływa w ilości zwiększonéj z powodu znacznéj domieszki krwi, a badanie osadu wykrywa tak jak przy krwotokach z większych naczyń pękniętych w ogóle ciałka krwi zupełnie prawidłowe i niezmienione. W przerwach mocz jest całkowicie prawidłowy lub nieco tylko mętny z powodu utrzymującego się lekkiego nieżytu pęcherza i białka nie zawiera.

3. Krwotoki w razie obecności kamienia w pęcherzu nie dochodzą nigdy do tego stopnia obfitości, co w przypadkach dotąd omówionych.

Pojawiają się po większych ruchach, jeżdzie wózkiem lub konno, a znikają przy zupełném spokoju. Ból pojawia się przy końcu moczenia zwłaszcza wtenczas, kiedy powierzchnia kamienia nie jest gładką, lecz chropowatą, a więc przy kamieniach złożonych ze szczawianów lub fosforanu amonomagnowego i w takich téż razach krwotoki są obfitsze, podczas gdy przy gładkich kamieniach z moczanów i lekkiéj cystyny zbudowanych krwotoki są nieraz bardzo tylko nieznaczne. Towarzyszy im nadto mocny nieżyt pęcherza. Rozpoznanie zwłaszcza przy użyciu narzędzi nie napotyka na trudności, a przypady są w ogóle charakterystyczne i znane.

Drobnowid wykrywa w osadzie moczowym ciałka krwi, ropy, przybłonek pęcherzowy i rozmaite kryształki, z których obecności i jakości można wnioskować o ostatnich warstwach powlekających kamień.

4. Krwotoki pęcherzowe z powodu pasorzytów nie zdarzają się w naszéj strefie, ale tylko na Isle de France,

Madagaskarze, w Brazylii i Egipcie z powodu dostawania się pasorzytu zwanego „Distomum haematobium“ odkrytego przez Billharza w r. 1851 wraz z wodą do ustroju. Pasorzyt ten wnika z predylekcyją w żyły odbytnicy, a ztąd dostaje się do żył pęcherza, gdzie samiczka składa jajka w ogromnéj ilości. Drobne naczyńka zatkane niemi pękają, krew z jajkami staje się przyczyną zapalenia i znekrotyzowania małych części błony śluzowéj, a wszystko to wreszcie dostaje się na zewnątrz z moczem. Badanie drobnowidowe wykrywa z łatwością przyczynę cierpienia w postaci charakterystycznych jajek pasorzyta, owalnych, a na jednym końcu kończących się jakby żądłem. Cierpienie to wikła się nieraz z następową kamicą skutkiem inkrustacyi skrzepów.

Wreszcie 5. Krwotoki z powodu owrzodzeń gruźliczych, dławcowych i błonicowych są skąpe, miąższowe i powikłane z tak ciężkiemi przypadami ogólnemi, że stanowią tylko symptom nie wiele znaczący pod względem terapeutycznym.

IV. Krwotoki z nerki lub miedniczek nerkowych zdarzają się w chorobach zapalnych gorączkowych, w przypadkach zapalenia miąższowego nerek, kamyków w miedniczce nerkowéj, zakrzepnicy żył nerkowych, w nowotworach, w gruźlicy nerek, a wreszcie w razie skaleczenia tych narządów.

Barwa moczu w przypadkach chorób gorączkowych i zapalenia nerek jest czerwono-brunatną, a badanie wykazuje wszystkie cechy krwotoku miąższowego, a oprócz tego przybłonki nerkowe i wałeczki szkliste lub złożone z ciałek krwi. Zapaleniu nerek miąższowemu towarzyszy zazwyczaj puchlina.

W razie obecności kamyków nerkowych występuje krwotok miąższowy od czasu do czasu zwłaszcza po większych ruchach ciała. Częstokroć poczyna się kamica nerkowa w ten sposób, że z moczu zgęszczonego i dobrze kwaśnego wypada kwas moczowy w kryształach kolczastych, a przy badaniu drobnowidowém moczu widać obok nich pojedyncze tylko ciałka krwi czerwone. W podobnyż sposób tworzą się kamyki nerkowe złożone ze szczawianu wapniowego lub cystyny; rzadko zaś powstają kamyki nerkowe w sposób następowy tj. np. skutkiem długotrwałego zapalenia miedniczek nerkowych wytwarzają się inkrustacyje złożone z węglanu wapniowego i fosforanów ziemnych. W miarę wzrastania kamyków zwłaszcza o powierzchni chropowatéj pojawiają się silniejsze krwotoki z nerek.

Częstokroć towarzyszą tego rodzaju moczeniu krwawemu bóle nerkowe *(colica renalis)*; zazwyczaj tylko jedna nerka jest wypełniona kamykami i dotknięta cierpieniem miedniczki, podczas gdy druga funkcyjonuje prawidłowo a nawet obejmuje czynności nerki choréj; w takim razie chory uskarża się na ból w okolicy nerki choréj zwiększający się za uciskiem; przy przesuwaniu się kamyczków przez odpowiedni moczowód rozpromienia się ból nadzwyczaj dotkliwy wzdłuż niego aż do jądra, a nawet w razie chwilowego zatkania moczowodu może z drugiéj zdrowéj nerki mocz odpływać zupełnie prawidłowy, co tém bardziéj ułatwia rozpoznanie.

W przypadkach moczenia krwawego skutkiem kamicy nerkowéj wykazuje badanie moczu wszystkie cechy krwotoku miąższowego; barwa mianowicie jest czerwono-brunatna, często nawet brunatno-czarna, lub podobna do czarnéj kawy; oddziaływa kwaśno, ciężar gatunkowy znaczny; dużo białka i barwika krwi. W osadzie złożonym przeważnie z ciałek krwi znaleść można częstokroć skrzepy krwawe grubości pióra gęsiego, na kilka centimetrów długie, nie będące niczém inném, jak tylko odlewami moczowodu, a czasem nadto ziarnka piasku moczowego. Pod mikroskopem widzieć można kuliste ciałka krwi, najrozmaitszéj wielkości, kryształy kwasu moczowego, szczawianu wapniowego i przybłonek nerkowy. Mocz zawiera zawsze więcéj białka, niż krwi zawartéj odpowiada, a nawet w chwilach wolnych od krwotoku o brączka białka w moczu za dolaniem kwasu azotowego jest zawsze wydatna.

Najmocniejszemi krwotoki w przypadkach kamicy nerkowéj są zawsze na początku, potém stają się rzadszemi, występuje bowiem zapalenie ropne miedniczki nerkowéj a chyba jeszcze drobnowid wykrywa obok ciałek ropnych tu i owdzie ciałka krwi czerwone. (Dok. nast.)

Dr. Soyka w Pradze: **O wędrówce drobin ciał obcych w ustroju.** Przyczynek do teoryi o zakażeniu.

W nowszych czasach zwróciły na siebie uwagę lekarzy drobiny zawieszone w powietrzu i wnikające do ustroju ludzkiego pod dwojakim względem. Z jednéj strony drobiny te unoszące się w powietrzu przy wykonywaniu przeróżnych rzemiosł dostają się drogą oddechową do ustroju i stają się przyczyną chorób zawdzięczających swój początek wdychaniu tego pyłu *(Staubinhalations-Krankheiten)*; z drugiéj strony należy przypuścić, że w powietrzu muszą się znachodzić drobniutkie ustroje pociągające za sobą kiśnienie i gnicie, które znów stać się mogą przyczyną chorób zakaźnych narażających ustrój ludzki na groźne niebezpieczeństwo, a pod tym względem zasługują na nader baczną uwagę.

Sposób, w jaki wnikają zarodki te uorganizowane i nieuorganizowane do naszego ustroju, i dalsze tory ich wędrówek muszą nadzwyczaj interesować badaczy, a każde spostrzeżenie pod tym względem wyświecające tę nader ważną sprawę nosologiczną stać się powinno cennym przyczynkiem rzucającym światło na niezbyt dobrze znaną jeszcze aityjologię chorób powyższego rodzaju.

Typem takiego wnikania i dalszych wędrówek drobin w organizmie, są wędrówki drobin węgla, którego złogi w narządach organizmu, a przedewszystkiém w płucach, dosyć często napotykamy *(Anthracosis, Traube)*. Dziś wiemy, że ten węgiel nie jest utworzony w organizmie, jak kiedyś sądzono, lecz do tegoż wchodzi, które odkrycie tém ważniejsze było, że niewątpliwie wykazało, iż także inne drobiny a mianowicie zarodki organizowane do ustroju wchodzić mogą. Dwie dotąd istniały teoryje, które wnikanie drobin nieorganicznych tłumaczyć miały. Jedna wskazywała płuca jako miejsce, gdzie drobiny do ustroju wnikają, druga zaś przewód pokarmowy (Villaret). Według ostatniéj drobiny z pokarmem wprowadzone wchodzą w krążenie a późniéj do płuc się dostają. Villaret mianowicie sądził, że cząstki węgla do naczyń chłonnych przewodu pokarmowego wchodzą, że zatrzymują się w gruczołach chłonnych śródjelicia; inne zaś drobiny węgla, które wchodzą do żył tegoż, znaną drogą dostają się do serca prawego i zatrzymują w płucach i gruczołach chłonnych oskrzeli. Dr. S. zaś przechyla się do dawniejszéj teoryi i sądzi, że płuca same są miejscem wnikania drobin, a co więcéj — że ztąd dostają się do obiegu krwi i po całym mogą się rozgościć ustroju.

Przypadek, który go skłonił do postawienia powyższego twierdzenia, przytaczamy w krótkości: Mężczyzna l. 70 ma-

jący, wyrobnik, zmarł po krótkim pobycie w szpitalu. Przy sekcyi znaleziono płuca szczególnie u szczytów do klatki piersiowéj przyrosłe, na miejscach zaś nieprzyrośniętych widać było naczynia chłonne w opłucnie czarno zabarwione. W szczytach powietrza nie ma, są one twarde, pokurczone, koloru szarego, czarnoniebieskiego. Reszta płuc także ciemno niebieskawo zabarwiona, zresztą prawidłowa. W płucu prawém małe jamy, na ścianach tychże gruzełków jagłowatych spostrzedz nie można. Gruczoły oskrzelowe małe, twarde i ciemno zabarwione. Z dalszego protokołu sekcyi pokazuje się, że wątroba była czarno brunatna a śledziona bardzo ciemna aż czarna, gruczoły zaś chłonne śródjelicia były małe, wcale nie nabrzmiałe i niezabarwione. Rozpoznanie: *Pneumoconiosis, Carcinom. ventr., Anaemia.*

Że zmiany w płucach wywołały drobiny, które je zabarwiły, a nie gruźlica, nie ulega wątpliwości, gdyż nigdzie gruzełków jagłowatych rozpoznać nie było można. Rzeczą było jasną, że złogi drobin na czarno zabarwiających były przyczyną przewlekłéj sprawy zapalnéj. Chodziło tylko o to aby wykazać, czém one są i jaką do ustroju dostały się drogą.

Otóż drobnowid wykazał, że drobiny zabarwiające są węglem, który się osadził tak w naczyniach jak i pomiędzy tkanką łączną, tworząc miejscami bryłowate znacznéj wielkości złogi, a to szczególnie w szczytach. Kształtu były kończastego, zupełnie czarne, a brak drobin kolorów przechodowych, brunatnego, czerwonego, jak chemiczne badanie wykluczyły pochodzenie drobin ze krwi, względnie z żółci. Ale także i w wątrobie, w śledzionie, a nawet w nerkach, chociaż tu stosunkowo skąpo, znaleziono drobiny węgla; im zawdzięczały te narządy ciemny swój kolor. W gruczołach tylko chłonnych śródjelicia, o których wspomnieliśmy, że zabarwione nie były także, i drobnowidem żadnych zabarwiających drobin odkryć nie można było.

Gdyby, twierdzi Dr. S., jak Villaret sądzi drobiny węgla drogą przewodu pokarmowego do ustroju w tym przypadku weszły były, musiałyby gruczoły chłonne śródjelicia także uledz zmianom patologicznym, i przynajmniéj także jak gruczoły oskrzelowe wyglądać, gdyż trudno przypuścić, aby właśnie pierwsze je zupełnie przepuszczały a drugie zatrzymywały; że zaś do wątroby i śledziony drogą krążenia weszły drobiny węgla, już ztąd przypuścić należy, że i w nerkach i to w samych naczyniach i obok naczyń drobiny węgla rozpoznać było można.

Z twierdzeniem Dr. S. zgadzają się także liczne nowe doświadczenia Dr. Ponficka, Rupperta i Slavjansky'ego.

Chodzi teraz jeszcze o wykazanie sposobu i dróg, jakiemi drobiny wchodzą do krążenia. Ruppert w najnowszéj swojéj pracy *(Virchows Archiv, Über Kohlenstaubinhalation 1872. 17, p. 201.)* podaje, że drobiny węgla osadzają się na pętlach naczyń włosowatych, że je po 48 godzinach widzimy już wewnątrz komórek *(Staubzellen Ins'a)*, które są albo białemi ciałkami krwi albo komórkami nabłonkowemi. Daléj twierdzi z Buhlem, że teraz wchodzą drobiny pomiędzy nabłonkiem pęcherzyków płucnych do otwartych naczyń chłonnych i dostają się do tkanin. Przytoczyć tu jednak musimy, że Marshall i Rindfleisch rzecz tę inaczéj tłumaczą. Pierwszy sądzi, że drobiny jako ciała obce wywołują zapalenie i rozpulchnienie tkaniny, poczém dopiero łatwo im dostać się do téjże; Rindfleisch zaś uwzględniając ostre końce drobin wprost mechanicznie wnikanie tłumaczy.

Drogi atoli, które stoją otworem drobinom nieorganizowanym węgla, niewątpliwie mogą służyć za wejście daleko mniejszym uorganizowanym roślinnym lub zwierzęcym żyjątkom — które, jak obecnie wiemy, są przyczyną wielu chorób zakaźnych. Prawda, że dalsze ich losy i wędrówki już nie tak są proste, jak losy drobin węgla, gdyż własne w ustroju prowadzą życie i nieulegając jedynie wpływom otoczenia, zapewne same nowych dróg szukają coraz bardziéj się rozwielmożniając. Wprawdzie dość często mogą one innemi drogami wejść do ustroju (rany), lecz płuca i przewód pokarmowy są zawsze gotowe do przyjęcia tych niebezpiecznych przybyszów. Jest to także zwykła droga, którą wchodzą zarodki chorób zakaźnych podczas epidemij (Klebs, Pettenkofer). Ajtyjologia ta coraz nowych zdobywa zwolenników a niewątpliwie wrazie gdyby ogólnie przyjętą została, natenczas zapatrywanie nasze na wiele tak zwanych spraw „zapalnych i nowotworowych" (gruźlice już teraz uważają niektórzy za chorobę zakaźną a zarodki téjże mają wchodzić przez płuca, Ponfick) zupełnemu ulegną przeobrażeniu. *(Prager medic. Wochenschrift. 1878, Nr. 25.)*

E. Machek.

J. Nicholls: **Przypadek wścieklizny wyleczonéj.**

Dr. Nicholls w Chelmsford ogłasza przypadek wścieklizny wyleczonéj. Szczegóły przez niego podane są nader ciekawe i ważne. Przypady wczesne wystąpiły u mężczyzny 25 lat liczącego w 7 tygodni po ukąszeniu przez psa. Trzechdniowy okres ogólnego rozdrażnienia i niepokoju, tudzież lekkiéj niedogody w połykaniu poprzedził napad silnych, ogólnych drgawek, które początkowo w sposób groźny i prawie tężcowy powracały w nader krótkich odstępach czasu, wyjąwszy gdy chory był poddany wpływowi chloroformu, następnie zaś objawiały się w pojedyńczych napadach przez przeciąg 10 dni, poczém ustąpiły w zupełności, pozostawiając po sobie tylko nieznaczne upośledzenie psychiczne. Podczas najwyższego nasilenia drgawek wszelkie usiłowanie picia wywoływało kurcz; nadto (przypad szczególniejszy) widok wszelkiego przedmiotu białego, jak opaski białéj, miednicy, rękawiczki, sprowadzał u chorego ogólne drgawki. Stan bezgorączkowy, zatrzymanie moczu i bardzo uporczywe zaparcie żywota. Drgawki miały cechę tężcową a kurcz grzbietowy *(opisthotonus)* był tak silny, iż chory podczas napadu spoczywał oparty na głowie i piętach. Nie brakło również szczękościsku, który powiększał podobieństwo cierpienia do zwykłego tężca. Leczenie polegało na wdechiwaniu chloroformu i wstrzykiwaniu podskórném zrazu morfinu wraz z wyciągiem kalabaru, następnie zaś samego tylko morfinu, przyczém spotrzebowano 3 ziarna kalabaru i 20 ziarn morfinu w 20 do 22 wstrzykiwaniach.

Przypadki podobne zwykliśmy przyjmować z niedowierzaniem, częścią ze względu na wyleczenie, częścią zaś powątpiewamy o prawdziwości rozpoznania. Lecz stwierdzone ukąszenie przez psa wściekłego, dość długi okres wylęgania, brak zaburzenia umysłowego, wczesne wystąpienie objawów połykowych, wszystko to przemawia wielce za trafnością rozpoznania w przypadku niniejszym, którego nawet obecność silnych drgawek tężcowych, objawu rzeczywiście rzadkiego w przebiegu wścieklizny, osłabić nie jest w stanie. Leki użyte nie są nowemi i były niejednokrotnie podawane w tém cierpieniu bez skutku; może energiczne ich zastosowanie przyczyniło się do wyniku pomyślnego w obecnym przypadku.

Zresztą niech fakta świadczą same o sobie. *(The Lancet; 24 June 15. 1878.)* *Dr. S. Ponikło.*

Dr. T. Kölliker (Würzburg): **Przyczynek do ajtyjologii kamieni moczowych.**

U 65 letniego mężczyzny, który umarł w skutek wyniszczenia, znalazł K. przy sekcyi w pęcherzu moczowym kamień wielkości sporego kasztana, którego warstwa zewnętrzna 3 — 4 mm. wynosząca składała się z fosforanów; jądro zaś wykazało się na przekroju jako część gruczołu krokowego a mianowicie jego płatu środkowego. Szczególne to i dotąd niepostrzegane zjawisko wyjaśnia historyja choroby; chory ten bowiem cierpiał od lat 12 na trudności w oddawaniu moczu, przez ostatnie 3 lata sam się kateteryzował po 3—4 razy na dzień. Po jednym takim kateteryzmie wystąpił silny krwotok i zdaje się, że wtenczas musiał się oddalić i wpaść do pęcherza kawałek gruczołu krokowego. *(Centralbl f. Chirurg. Orig. Mitthg.* 1878. Nr. 25.) *A. O.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne VIII. z dnia 17go kwietnia 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 24.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na wezwanie przewodniczącego oddali zgromadzeni cześć przez powstanie z miejsca zmarłemu członkowi honor. Towarzystwa, śp. Drowi Sewerynowi Gałęzowskiemu.

3) Kol. prof. Rydel odczytał drugą część swojéj rozprawy o zaćmie. W dyskusyi zapytuje się kol. Warschauer, czy prelegent wykonywa jedynie obwodową linijową ekstrakcyję Graefego, czy też czasami nie używa operacyi płatowéj; a kol. Wurst wskazuje na sposób Moorena, kwalifikujący się do operowania zaćm niedojrzałych, a polegający na tém, że na kilka miesięcy przed ekstrakcyją wykonywa się irydektomiję Welz z Würzburga podaje, że operując w ten sposób, nie stracił od lat 5 ani jednego oka; — operacyja ta przedstawia dla oka bezwątpienia lepsze szanse, aniżeli sposób zwyczajny Graefego, słabą jéj stroną jest to, że wymaga długiego czasu do osiągnięcia ostatecznego rezultatu; podanie Welza jest cenne, ale nie wykazuje liczb. — Daléj zwraca kol. Wurst uwagę, że liczby wyrażające bystrość wzroku uzyskaną po operacyi zaćmy, nie są jeszcze ostatecznym wyrazem, gdyż raz poprawia się wzrok przez długi czas jeszcze u operowanych, a powtóre że nie uwzględniano niezborności, jaka po operacyi wystąpić musi. Kol. Rydel odpowiada, że operuje zazwyczaj sposobem Graefego, a w wyjątkowych tylko przypadkach używa ekstrakcyi płatowéj; na sprawozdaniu zaś Welza obecnie nie wiele polegać można, gdyż nie znaną jest liczba zaćm operowanych w ten sposób.

4) Kol. Jordan opowiedział przypadek z własnéj praktyki, który w lutym br. spostrzegał wspólnie z kol. Wiszniewskim. Kobieta, około lat 30, miernie odżywiona, była po raz 11ty w ciąży; dziesięć poprzednich porodów odbyła dość ciężko, dwa razy porodziła dzieci nieżywe. Poród trwał zawsze długo, okres pierwszy nadto się przeciągał. Przy ostatnim porodzie, zaczęły około godz. 3éj z południa wody odpływać bez szczególniejszych bólów; akuszerka, która już kilkakrotnie u pacyjentki przy dawniejszych porodach bywała, znalazła główkę ułożoną ruchomo nad wchodem, wody odpłynęły, pęcherz pokrywał główkę, bólów żadnych; zbadawszy rodzącą ponownie około godz. 8 wieczorem znalazła główkę ruchomą nad wchodem, ujście zewnętrzne wielkości 4 centów, brzegi nie nadto grube, podatne, zwrócone ku tyłowi, bóle mierne. Chora ułożyła się do łóżka, bóle stawały się coraz częstsze i silniejsze; około godz. 9½ nastał bardzo silny ból, wśród którego chora jękła, skarżyła się że jéj słabo, i odwrócona twarzą ku ścianie leżała daléj spokojnie. Nie zwrócono na to uwagi jednak, aż około godz. 11½ spostrzeżono, że rodząca cała zimna, okryta potem, niemal bez tętna. Wezwany kol. W. zastał chorą w stanie najwyższéj niedokrewności a domyślając się przedarcia macicy, założył kleszcze i wydobył wielkie, donoszone, nieżywe dziecko. Przybywszy w pół godz. po kol. W. zastał prelegent pacyjentkę w najgorszym stopniu bezkrwistości; położywszy rękę na brzuchu znalazł macicę nie wielką, dość dobrze ściągniętą; badając wewnętrznie znalazł pochwę wielką, szeroką, pulchną; w środku więcéj ku tyłowi część pochwową na 1½ cm. długą, dość płaską, wargi miękkie, pulchne; przodkowa warga leżała na tylnéj, a między niemi szpara na 2 cm. szeroka. Idąc daléj napotkał w sklepieniu przodkowém dziurę tak obszerną, że mógł całą rękę stożkowato ułożoną wprowadzić i wygodnie nią obracać w jamie, któréj treść stanowiła krew skrzepła i płynna, ściany zaś ku górze gładkie, a ku tyłowi i na bokach było nierówne utkanie; jama ta istniała sama dla siebie i nie zostawała w żadnym związku z ujściem macicy. Wśród badania chora skończyła. Przypadki przedarcia sklepienia są rzadkie. Mówiąc w ogólności o przedarciu dróg płodowych miękkich, nastąpić może przedarcie pochwy, międzykrocza i macicy; ostatnie są bardzo rzadkie. Bandl przeczy nawet, ażeby samoistne przedarcie ciała macicy wydarzyć się mogło, ale że powstaje w dalszym ciągu przedarcia szyi macicznéj. Przedarcia szyi macicznéj bywają dobrowolne, albo gwałtowne (urazowe), zupełne, albo niezupełne. Przedarcie sklepienia przodkowego może być następstwem przedarcia szyi macicznéj, któréj podłużne przedarcie sięgać może do samego sklepienia. W rzadkich przypadkach, u starych pierwiastek np. powstają podłużne przedarcia pochwy albo samoistnie, albo jako dalszy ciąg przedarcia międzykrocza. Ażeby zrozumieć przedarcia w ogólności, przypomnieć wypada, iż przy zwyczajnych porodach znajduje się zewnętrzne ujście macicy w jednéj płaszczyźnie z wchodem miednicy, skoro zaś powstają bóle porodowe i siła macicy wypiera pęcherz, a część poprzedzająca znachodzi się w szyi macicy, to równocześnie cofa się w skutek działania mięśni podłużnych szyja i zewnętrzne ujście macicy ku tyłowi i ku górze, tak że wreszcie przychodzi ujście zewnętrzne po za największą objętość części poprzedzającéj płodu, która bywa wypieraną ku prożni miednicy. Jeżeli ujście zewnętrzne macicy nie może się zesunąć po za największą objętość części poprzedzającéj, wtedy, skoro nastają silne bóle porodowe, musi ta siła przeważyć siłę odporną szyi macicznéj, która rozszerza się nadmiarowo; ujście zewn. podnosi się po nad płaszczyznę wchodu, tak że niekiedy leży w okolicy pępka, a część poprzedzająca bywa wypartą do nadmiarowo rozszerzonéj szyi. Badając zewnętrznie można myśleć, iż ma się do czynienia z macicą, jest to tymczasem mocno rozszerzona szyja, a trzon macicy siedzi na tém jak czapka. Łatwo tedy zrozumieć, że w podobnych warunkach może przy dalszém napieraniu przyjść do przedarcia ścian. Ażeby zatém takie przedarcie nastało, musi być najpierw dany niestosunek porodowy, daléj powstaje ono, jeżeli tłocznia brzuszna i więzadła macicy są wiotkie, tak że nie mogą utrzymać macicy w położeniu prawidłowém, a trzon może się skutkiem tego usunąć na bok. Przedarcie szyi macicy napotyka się rzadko u pierwiastek, lecz u kobiet, które już kilkakrotnie rodziły, daléj przy zwężeniach miednicy, przy niestosunku porodowym wywołanym nadmiernie wielką głową, wreszcie przy położeniach poprzecznych. Jeżeli więc część poprzedzajaca nie może przejść przez wchód miednicy, jeżeli zewnętrzne ujście macicy nie może się przesunąć poza największą objętość główki, natedy musi się sklepienie, jeżeli bóle daléj trwają, wydłużać coraz więcéj ku górze; w poprzednich warunkach napiętą była niezmiernie szyja, tu zaś łatwo pęka sklepienie. W ten sposób pojmuje prelegent powyżéj opowiedziany przypadek. Była to kobieta, która niewątpliwie miała miednicę zwężoną; za czém przemawia dwoje dzieci nieżywo urodzonych, porody długotrwałe i ciężkie, wczesne odpływy wód płodowych, długie trwanie pierwszego okresu, jedenasta ciąża, powłoki brzuszne wiotkie, więzadła wątłe, nie mogące utrzymać macicy w prawidłowém położeniu; według podania akuszerki była główka o godz. 8éj ruchomo ustawiona nad wchodem, a ujście na 4 centy rozwarte. Podczas bólów rozszerzyła się szyja, a ujście musiało ustąpić po za największą objętość główki, zbyt słabe bóle nie mogły wszakże przeprzeć główki przez wchód, przeparły ją wprawdzie bóle silniejsze, sprowadziły jednak ró-

wnocześnie przedarcie sklepienia. Stać się to musiało około godz. 9éj a po północy pacyjentka zmarła. Główka leżąca w górnéj części miednicy musiała uciskać ranę i tamowała poniekąd krwotok, który był zapewne wewnątrz parametrium pod otrzewną, pomiędzy więzadłami szerokiemi. Ze względu na leczenie niepozostawało nic innego, jak założenie kleszczy, następnie lodowe okłady i analeptica; gdyby lekarz był wezwany wcześniéj, można było zespoić brzegi rany i w ten sposób uratować chorą. Zespojenie brzegów rany zaleca Kaltenbach i podaje opisy kilku przypadków z bardzo szczęśliwem zakończeniem. Prelegent wezwany niedawno do rodzącéj zastał znaczny krwotok, położenie poprzeczne; wody płodowe odpłynęły przed 3 godz., ujście bardzo mało rozwarte; wykonał obrót, potém ekstrakcyję, łożysko odeszło, krwotok nie ustawał; zadał wyciąg sporyszu, badając zaś wewnętrznie napotkał po stronie lewéj szyi macicznéj przedarcie sięgające w sklepienie na $1\frac{1}{2}$ cala; wstrzyknął eter i założył tampon z półtorachlorkiem żelaza, wyjął go nazajutrz, krwotoku nie było. W tydzień późniéj powtórzył się krwotok, ustał znowu jednak po założeniu tamponu, podobnież z końcem drugiego tygodnia. Gdyby się prelegentowi wydarzył jeszcze podobny przypadek skorzystałby z zasady Kaltenbacha i zeszyłby ranę.

W dyskusyi zapytuje kol Warschauer, czy kleszcze były wskazane w opisanym przypadku, gdyż jak sobie dokładnie przypomina, powiedział prof. Karol Braun, że kleszcze wskazane są tylko dla pochwy. Kol. Bylicki wyjaśnia, że przy idealnych wskazaniach tylko kleszcze na główkę w pochwie będącą się zakłada, gdy jednak na to nie zawsze czekać można, zakłada się je często na główkę we wchodzie ustaloną a w koniecznych przypadkach nawet przy ujściu na 2″ rozwartém. Kol. Jordan odpowiada, że w danym razie były kleszcze bezwzględnie wskazane. Daléj zapytuje kol. Warschauer, czy prelegent zeszywałby ranę przed porodem, czy po porodzie? Kol. Bylicki oświadcza, że kwestyja zeszywania ran porodowych traktowaną była na Zjeździe w Mnichowie; zalecał ją gorąco Kaltenbach, twierdząc, że w pologu skłonność do rychłozrostu jest bardzo znaczną; sprzeciwiał się zaś Neugebauer; obydwaj mówili z doświadczenia. Opierając się na własném doświadczeniu twierdzi kol. B., że wysokich przedarć pochwy nie widział. Co do pęknięć międzykrocza, próbował spojenia szyciem jedwabiem a potém katgutem, wrócił się jednak do starych serres fines Vidala, które jego zdaniem nie ustępują szwom, jeżeli rana poprzednia nie była znacznie ugnieciona, w którym to przypadku i szwy założone nie doprowadzą do zrostu. Niedawno w praktyce prywatnéj przywołany został do położnicy, która porodziła dziecię przez „ruptura perinei centralis.“ Ogromny otwór ze ścianami nierównemi od strzępów tkanki oczyścił się odtrącaniem zgorzelinowém, poczém w 6 tygodni rana rozciągnęła się do małego tylko otworku międzykrocza. Kol. Wiszniewski oświadcza, że wezwany po godz. 12éj w nocy zastał pacyjentkę w największym stopniu niedokrewności, tętna nie było, brzuch miękki; główka w próżni miednicy, części pochwowéj nie mógł wybadać, przeto założył kleszcze, a po dokonaniu operacyi wstrzykiwał eter. Bezpośrednio po operacyi powstał znaczny krwotok, a następnie za uciskiem na macicę wystąpiło łożysko; co do zeszywania ran porodowych zgadza się z uwagami kol. Bylickiego. Kol. Paszkowski radby się dowiedzieć, czy nie można wnosić z ogólnego stanu choréj, że zachodzi obawa pęknięcia macicy, czy mianowicie nie mają na to wpływu zmiany w położeniu, czy w przypadku powyższym była dyastaza mięśni bruszných, i czy w ogólności nie zachodziły w ogólnym stanie choréj warunki, mogące wskazywać na grożące niebezpieczeństwo? Kol. Jordan odpowiada, że przedarcia macicy zdarzające się tak rzadko są zwykle następstwem niestosunku porodowego i długotrwałych porodów; Bandl wykazuje, że najkrótszy czas trwania porodu w odnośnych przypadkach wynosi 12 do 13, zwykle zaś 18 do 20 godzin. Jeżeli zatém ma się przed sobą pacyjentkę, która kilkakrotnie już rodziła, a porody trwały długo, jeżeli wody wcześnie odpłynęły, a główka ruchomo ułożona nad wchodem miednicy nie zstępuje do próżni, pomimo, że ujście zewnętrzne dość szeroko jest rozwarte, skoro szyja mocno się rozszerza, chora poczyna się niepokoić i występują poty i mdłości, należy badać bardzo dokładnie, a badając przez powłoki brzuszne, można nieraz wyczuć wręb odpowiadający ujściu zewnętrznemu. W przypadku opisanym był rozstęp mięśni brzusznych, stan ogólny nie przedstawiał nic szczególnego. Kol. Obaliński zapytuje się, czy ze stanowiska sądowo-lekarskiego należy obwiniać w danym razie akuszerkę o zaniedbanie wezwania pomocy lekarskiéj: jego zdaniem bowiem nie zawsze może lekarz nawet przewidzieć grożące niebezpieczeństwo, dla tego sądzi, że nie należy obwiniać akuszerki. Kol. Paszkowski zapytuje jeszcze o wpływ zmiany w położeniu macicy i dyastazy mięśni brzusznych na możliwe przedarcie macicy. Kol. Jordan przyznaje, że przodopochyłość macicy może mieć stanowczy wpływ na jéj przedarcie i popiera to faktami z literatury; co do rozstępu mięśni brzusznych, to dysponuje on o tyle do przedarcia, że tłocznia brzuszna działa wtenczas bardzo mało, a macica usuwa się na bok. Kol. Warschauer zapytuje się, czy u kobiet, które cześciéj rodziły, a porody trwały długo, nie występuje stłuszczenie i zanik włókien mięsnych, gdyż to ułatwiałoby przedarcie macicy, i czy znane są badania anatom. w tym kierunku? Kol. Jordan odpowiada, że pewna część autorów twierdzi, iż przedarcie macicy występuje w macicach chorobowo zmienionych. Kwestyja stłuszczenia włókien mięsnych nie jest dostatecznie wyjaśnioną, Bandl znalazł przy poszukiwaniach pośmiertnych drobne ziarnka tłuszczu w mięśniach, zarzucają wszakże inni, że jest to zmiana pośmiertna.

V. Kol. Trauczyński przedstawił mieszaninę tranu z wyciągiem słodowym, przyjemniejszą w użyciu aniżeli tran czysty.

Dr. Wurst.

VI. Urywki literackie.

(L—ski). Z obowiązku dziennikarskiego wypada nam zwrócić uwagę czytelników na dziełko prof. Dra Jägera niedawno drukiem ogłoszone *(Seuchenfestigkeit und Constitutionskraft und ihre Beziehung zum specifischen Gewicht des Lebenden,* 156 str.), w którém znajdujemy wiele pięknych myśli, nowych poglądów, hojnie rzuconych badaczom do dalszego opracowania. Prof. Jäger wyznawca nauki rozwoju, tak świetnie inaugurowanéj przez Darwina i Haeckla, poraz pierwszy stosuje do patologii, higijeny i praktyki bijologicznéj naukę o wpływie systematycznego ćwiczenia, tak zwanéj wprawy ustrojowéj, na rozwój ustroju zwierzęcego i jego szczegółowych narzędzi. Wskrzesił on tym sposobem zapomniane już poglądy znakomitego naturalisty Lamarcka. Żywy a płodny umysł autora nie poprzestał na pracy w przedmiocie wpływu wprawy ustrojowéj na podłużny wzrost kości, lub téż na ciekawych doświadczeniach co do wpływu gimnastyki na powiększenie szybkości przewodzenia bodźców nerwowych, wzmożenia przez nią wszelkich ruchów, czy to mechanicznych czy téż psychicznych. Wstrząsnąwszy w posadach nauką o niezmienności spraw żywotnych, głoszoną przez najznakomitszych fizyjologów tegoczesnych, zakreśliwszy niejako fizyjologiczne ramy dla nauczania i wychowania, Jäger przeniósł reformacyjną swą działalność na pole zadań lekarza praktycznego i śmiało rzucił się w porywające wiry sprzecznych poglądów, w celu umiejętnego objaśnienia oporności ustroju na wpływy chorobotwórcze, tudzież osobniczego usposobienia do chorób zaraźnych. Zadanie zaiste nie łatwe do rozwiązania, w obec braku jakichkolwiek doświadczalnych badań w téj mierze, z wyjątkiem może kilku uwag i twierdzeń Beneckego, oraz doświadczeń Rankego co do wpływu ilości wody na szybkość przewodzenia podniet przez nerwy.

Zobaczmy w jaki sposób Jäger doszedł do swego celu, do wniosków, które, ile się zdaje, zmieniają dotychczasowe zapatrywania ontogenetyczne i patogenetyczne.

Najprzód przez mierzenie i ważenie rekrutów, żołnierzy wysłużonych, oraz młodzieży szkolnéj, przekonał się,

że służba wojskowa i ćwiczenia fizyczne znacznie powiększają ciężar właściwy ciała tudzież zdolność oddychania. To powiększenie ciężaru właściwego tłumaczy Jäger na podstawie spostrzeżeń antropometrycznych i doświadczeń fizyjologicznych odtłuszczeniem ustroju, oraz utratą wody tkaninowéj, przyczém utrata wody i tłuszczu wyrównaną zostaje przybytkiem soli i ciał białkowych. Prócz tego za pomocą bardzo ciekawych doświadczeń, robionych na ludziach, po użyciu łaźni parowéj, lub też po wykonaniu pewnéj ilości pracy mięśniowéj, doszedł on do przekonania, iż odwodnienie ustroju zwiększa szybkość przewodzenia nerwów, to jest nasila wszelkie ruchy i czynności cielesne i psychiczne.

To uczyniwszy Jäger zapytuje się: czy ciężar właściwy ciała ludzkiego nie może służyć za miarę zdrowości ustroju, że tak powiem hartu ciała?

Badania statystyczne, na wielkich cyfrach oparte, wykazują w dziwny sposob słuszność założenia. Najprzód z statystycznych obliczeń dni szkolnych opuszczonych przez uczniów gimnastykujących się, tudzież uczniów nie używających ćwiczeń cielesnych, aż nadto widocznie okazało się, iż pierwsi mniéj opuszczają dni, to jest są zdrowsi od drugich, czyli innemi słowy, że zdrowość młodzieży szkolnéj pozostaje w prostym stosunku do odwodnienia tkanin. Podobnież z wykazów stanu zdrowia armii niemieckiéj wynika, iż oporność żołnierzy na wpływy chorobotwórcze, to jest chorobliwość, zwłaszcza skłonność do suchot, zmniejsza się z każdym rokiem służby, czyli inaczéj mówiąc z powiększeniem się ciężaru właściwego ciała. Tak samo zachowuje się cyfra śmiertelności w skutek chorób zakaźnych, co oznacza również, iż usposobienie osobnicze do tych chorób zmniejsza się w miarę powiększania się ciężaru właściwego ciała.

Słusznie więc Jäger uważa odwodnienie ustroju za naturalną ochronę człowieka od chorób zakaźnych. Twierdzenie swoje popiera on warunkami rozwoju niższych ustrojów grzybkowatych, które według badań Nägelego, nie rozwijają się, gdy pożywki grzybkowe lub wrogie grzybkom ciała dosięgają w ustroju pewnego stężenia, powstrzymującego robienie. I odwrotnie, im większą będzie wodnistość zarodni i tkanin, im rzadszą stanie się treść przewodu pokarmowego, tém łatwiéj grzybki rozradzają się i masami napadają na ustrój, wywołując zabójcze chorobowe zboczenia. Tym sposobem powstała nowa teoryja zaraźna, zarówno ważna ze stanowiska praktycznego jak i dla saméj umiejętności.

Nie będziemy tutaj w ślad za autorem zastanawiac się nad szczegółami owéj teoryi, po mistrzowsku przedstawionemi przez Jägera. Powiemy tylko, iż jest ona dziwnie przekonywającą i tłumaczy nam wszelkie zagadki zarażania się jadami chorobotwórczemi, przyczem lekarz praktyczny może w niéj uzyskać podstawy nietylko dla rozumowanéj ochrony od chorób zaraźnych, ale także dla leczenia tychże chorób. Temu leczeniu Jäger poświęca osobny rozdział, dowodząc w nim, iż leczenie przeciwzakaźne polegać winno na stężeniu soków ustrojowych przez odwodnienie ciała. Ileż to w tym ustępie znajdzie czytelnik zdrowych a nowych podstaw dla terapii ogólnéj? Zaiste rzecz godna uwagi!

Myśli Jägera co do naturalnéj ochrony od zwykłych chorób, również polegającéj na odwodnieniu ustroju i powiększeniu ciężaru właściwego ciała, tak samo zasługują na szczególną uwagę lekarzy. Przebiega on patogenezę wszystkich niemal chorób ludzkiego ustroju, namacalnie wykazując z zadziwiającą zręcznością wielką wartość i znaczenie odwodniającego sposobu leczenia lub zapobiegania chorobom. Wsparty na sile uzdrowotniającéj odwodnienia ustroju Jäger objaśnia daléj i poraz piérwszy określa umiejętnie tak ważne pojęcia, jak konstytucyja silna lub wątła. Miarą mocy konstytucyi jest ciężar właściwy ciała. Autor między innemi zastanawia się w swéj pracy nad ciemną a niemniéj ważną sprawą hartowania ciała, o którém fizyjologija patologiczna i higijena tak mało pewnego podaje. Słusznie też Jäger występuje przeciw twierdzeniu, jakoby hartowanie ciała było li tylko przyzwyczajeniem tegoż do zimna, utrzymując, iż polega ono na powiększeniu właściwego ciężaru ciała, hartowaniu tkanin przez odtłuszczenie i odwodnienie, gdy natomiast wątłość, słabowitość, wrażliwość i ranliwość ustroju zawisła znów od zmniejszenia ciężaru właściwego i rozmiękczenia tkanin w skutek obfitości cieczy ustrojowych w wodę i tłuszcz. Ową też wątłość nazywa autor *hydrostasia chronica*. Następnie Jäger rozwija na téj podstawie, niewątpliwie najlepszą z istniejących, teoryję zaziębienia i chorób z niego powstających, podaje sposoby wzmocnienia siły konstytucyi, leczenia słabowitości, racyjonalnego hartowania ciała i wreszcie zamieszcza uwagi co do rozumowanego leczenia chorób zwykłych. Tak naprzykład Jäger przekonawszy się, że ćwiczenia fizyczne powiększają zdolność oddychania, zaleca nowy sposób leczenia rozedmy płuc, nie powikłanéj z chorobami serca, za pomocą systematycznego biegania. Otrzymane wyniki z takiego biegającego leczenia téj choroby bardzo zachęcają do dalszych prób.

Kończąc ten pobieżny rzut oka na dziełko Jägera wyznać należy, iż rzadko napotkać można dzieło lekarskie, któreby mieściło tyle nowych myśli, rzucających światło na najciemniejsze strony patologii, terapii i higijeny osobniczéj. Jest ono też w saméj rzeczy pracą kierowniczą a lubo pod wieloma względami toruje zaledwie drogę dla przyszłych badań, to jednak i w téj postaci cenne zawiera wskazówki dla lekarza praktycznego. I to wszystko napisał zoolog z zawodu, co dowodzi, iż nie tylko specyjaliści skutecznie pracować mogą dla postępu umiejętności, któréj się poświęcają, nie jeden może sławny lekarz jest dyletantem w porównaniu z nauczycielem stutgardzkiéj politechniki i akademii rolniczéj w Hohenheim. Słusznie też Pettenkofer wita w nim znakomitego pracownika na odłogiem leżących niwach wiedzy lekarskiéj. Kto wie nawet, czy Jäger przez wprowadzenie badania ciężaru właściwego ciała ludzkiego, jako nowego środka fizycznéj dyjagnostyki, nie stanie się tém dla patologii i terapii, czém był dla fizyki i fizyjologii skromny, a również zrodzony na szwabskiéj ziemi, twórca mechanicznéj teoryi ciepła i prawa niespożytości siły!

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 27 czerwca. C. k. Namiestnictwo wydało do l. 55.403 następujący okólnik do wszystkich starostów oraz do prezydentów miast Lwowa i Krakowa: Ponieważ według rozporządzenia Ministerstwa oświaty z 24 września 1854 l. 13567 wydanego za porozumieniem z ministerstwem spraw wewnętrznych i sprawiedliwości Uniwersytetom austryjackim wolno wydawać obcokrajowym dyplomy Drów Medycyny tylko za rewersem, w któ-

rym ci oświadczyć mają, iż dopóty nie będą wykonywać w państwie austryjackiem praktyki lekarskiéj, dopóki nie uczynią zadosyć przepisom prawnym i nie otrzymają pozwolenia do wykonywania praktyki od Wys Ministerstwa spraw wewn., przeto poleca się panu, by na przyszłość od wszystkich lekarzy osiedlających się w powiecie oprócz okazania dyplomu uzyskanego na jednym z uniwersytetów austryjackich zażądał oraz dowodu, iż są poddanymi austryjackimi. Obcokrajowym zaś, którzy nie uczynili zadosyć powyżéj powołanemu rozporządzeniu, masz pan zabronić wykonywania praktyki. Lekarzów obcokrajowych zaś, którzy się już osiedlili w powiecie, a którzy otrzymali dyplomy za wyżéj wymienionym rewersem, zechciéj pan, jeżeli dotychczas powyżéj wymienionym wymogom zadosyć nie uczynili, zawezwać, by najdaléj w przeciągu dwóch miesięcy wnieśli należycie opatrzone podania o nadanie im obywatelstwa austryjackiego: w razie nie wniesienia takowego masz pan tymże dalsze wykonywanie praktyki wzbronić. O wyniku niniejszego rozporządzenia zechciéj pan złożyć sprawozdanie z końcem lipca rb. Lwów dn. 30 kwietnia 1878.

* W d. 13 b. m. do L. 11591 Magistrat tutejszy wezwał ponownie lekarzy praktykujących, ażeby na przyszłość zechcieli doniesienia o pojawiających się chorobach zakaźnych celem ułatwienia Magistratowi szybkiego zarządzenia środków chorobom takim zapobiegających, spisywać na kartkach im wręczonych i wkładać takowe do skrzynek pocztowych z napisem „Magistrat w Krakowie, na koszt Gminy".

Mamy nadzieję, że oceniając żądanie Magistratu ze stanowiska humanitarnego i higijenicznego lekarze praktykujący nie uchylą się od téj tak łatwéj a bardzo zbawiennéj usługi, zwłaszcza, że niestosowanie się do tego zarządzenia zmusiłoby Magistrat do użycia środków prawnych.

* Na przyszły rok szkolny rektorem Uniw. Jagiell. wybrany został prof. Józef Szujski, dziekanem wydz. lek. prof. Madurowicz.

* Z powodu uroczystości 40éj rocznicy zawodu nauczycielskiego i piśmienniczego Teodora Schwanna w Leodyjum wydział lekarski Uniw. Jagiell. w dn. 23 b. m. przesłał znakomitemu badaczowi w języku polskim adres z wyrażeniem głębokiego hołdu i serdecznych życzeń.

* Rodzina ś. p. Gałęzowskiego przesłała na ręce prezesa Majera dwanaście tysięcy franków dla Akademii umiejętności w Krakowie, które aczkolwiek nie były testamentem zapisane, lecz wyznaczone były ustnie przez Gałęzowskiego wkrótce przed śmiercią dla téj instytucyi. Rodzina pospieszyła też spełnić tę wolę i wykonać tę piękną myśl.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich bawiło do dn. 22 b. m. gości leczących się 3716, a w Krynicy do tegoż dnia osób 124.

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 24 (od 9 — 15 czerwca) umarło w Krakowie osób 58; 32 mężczyzn i 26 kobiet; 28 osób umarło w obwodach i 30 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 53·8. W tymże czasie umarły z chorób zakaźnych 3 osoby, mianowicie z duru powrotnego.

* W Nr. 2 Przegl. Lek. z rb. zdaliśmy sprawę z rozprawki Dra Buchwalda we Wrocławiu o t. zw. piśmie zwierciadlowém, które zdarza się czasem u ludzi cierpiących na chorobę mózgową, zwlaszcza połączoną z porażeniem połowiczém prawém. Wiadomość o tym artykule przeszła także do czasopisma beleterystycznego *Gartenlaube*, bardzo w Niemczech rozpowszechnionego, a wskutek tego w Nr. 16 tego czasopisma z rb. niejaki Dr. Juliusz Schmidt donosi co następuje: W biblijotece ambrozyjańskiéj w Medyjolanie znajduje się t. zw. *Codex atlanticus* Leonarda da Vinci († 1519) spisany po wschodniemu od prawéj ku lewéj, tak że do odczytania go potrzeba koniecznie użyć zwierciadła. Mniemano dotąd, że wielki mistrz umyślnie spisał dzieło swoje w ten sposób, aby nie każdemu było przystępném. Tymczasem Dr. Schmidt znalazł w biblijotece narodowéj w Neapolu rękopism dyjaryusza księdza Antoniego de Beatis z Melfetty, który w orszaku kardynała de Aragona w r. 1517 jeździł do Francyi i tam odwiedził Leonarda, mieszkającego wówczas w willi Clos-Lucé w okolicy Amboise. W dyjaryjuszu księdza odnośnie do téj wizyty znachodzi się wzmianka: „Już niczego więcéj dla malarstwa po Leonardzie spodziewać się nie można, ponieważ porażenie ręki prawéj czyni go nieudolnym." Schmidt przypuszcza, że Leonardo da Vinci spisywał dzieła swoje o malarstwie, hidraulice, mechanice, anatomii itd. w wieku schyłkowym, a mianowicie wtedy, gdy już był połowicznie porażony i że posługiwał się ręką lewą, że więc ztąd pochodzi pismo jego zwierciadłowe.

* **Powieszenie a ścięcie.** Gdy prof. Hofmann we Wiedniu ogłosił spostrzeżenia nad śmiercią Francesconiego powieszonego we Wiedniu (p. sprawozdanie w Przegl. Lek. 1877 Nr. 1), wtedy zdawało się, że śmierć na szubienicy jest zbyt powolną, ponieważ po ściągnięciu pętli spostrzeżono jeszcze ruchy oddechowe przez $1\frac{1}{2}$ minuty, a bicie serca ustało dopiero w 5 minut po powieszeniu. Przypominamy, że z tego powodu powstała nawet polemika dziennikarska pomiędzy katami a niekatami. Otóż obecnie ogłasza Dr. Roretz w Nangoji (w Japonii) spostrzeżenia uczynione przez siebie i asystentów swoich pp. Marujamę, Hajakowę i Asajamę przy sposobności egzekucyi dokonanéj na 30-letnim rozbójniku Kimurze Rechitschi za pomocą miecza. (*W. med. Woch.* Nr. 25.) Pomimo, że głowa skazańca za jednem cięciem spadła z tułowia, pulsacyja tętnic głowowych trwała przez $11\frac{1}{2}$, bicie serca zaś przez 9 minut. Pulsacyja tętnic była tak widoczną, że w ciągu 10éj minuty wszyscy obecni naliczyli 42 uderzeń. Bezpośrednio po ścięciu słyszeć się dały ruchy oddechowe charczące i trwały przez $5\frac{1}{2}$ minuty; przez 5 minut treść żołądka występowała z gardziela; mięśnie szyjne drgały przez $2\frac{1}{2}$ minuty, na częściach zaś krtani przy głowie pozostałych widziano ruchy dobrowolne przy 23 minuty. Po tak zgrabném ścięciu zatém objawy życiowe utrzymywały się prawie przez pół godziny, z czego niezaprzeczenie wynika, że śmierć przez powieszenie pod względem szybkości zasługuje na pierwszeństwo.

* **Wiedeń.** Stowarzyszenie lekarzy dolno-austryjackich wystosowało petycyję do Ministerstwa oświaty względem zaprowadzenia nauki somatologii i higijeny w szkołach ludowych i seminaryjach nauczycielskich. Przypominamy, że 1 Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie podobną powziął był uchwałę w r. 1869.

Prof. Skoda, który właśnie za dni kilka ma obchodzić 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego, mocno zapadł na zdrowiu.

* **Budapeszt.** Stosując się do ustnie objaśnionego życzenia prof. Kovacsa, zmarłego niedawno bez opisania ostatniéj woli, spadkobiercy jego przeznaczyli około 16000 złr. a. na cele dobroczynne, a 2000 dukatów przeznaczyli na stypendyja dla kandydatów medycyny, chcących odbyć podróż naukową za granicę.

* **Rzym.** Na propozycyję najwyższéj rady wychowania minister oświaty zgodził się na to, aby uniwersytety w Wiedniu i Gracu umieszczono w poczcie wszechnic znakomitszych zagranicznych. Uznanie to według ustawy włoskiéj ma takie znaczenie, że lekarze, którzy uzyskali dyplomy na tych uniwersytetach, bez poprzedniego egzaminu są przypuszczani do wolnej praktyki w całém państwie włoskiém.

* **Mianowania i odznaczenia.** N. Pan zamianował dyrektora szpitala powszechnego w Pradze czeskiéj Dr. Wilhelma Pisslinga radzcą namiestnictwa i referentem spraw lekarskich przy Namiestnictwie morawskiém w Bernie.—Docenci prywatni Drowie Burow i Caspary w Królewcu zamianowani nadz. profesorami.—Prof. Gusserow przyjął katedrę położnictwa i ginekologii w Berlinie.—Dr. Fr. Karol Zinn, dyrektor szpitala dla obłąkanych w Eberswalde otrzymał tytuł tajnego radcy sanitarnego.

* **Nekrologija.** W Kielu umarł znakomity klinicysta prof. Bartels.—W Bazylei umarł Dr. Karol Emil Buss, docent prywatny i asystent prof. Immermanna, licząc zaledwie 29 lat. — W Grazu † Dr. Andrzéj Jeitteles, wysł. prof. med. teoret. w. b. uniwersytecie ołomunieckim, licząc lat 79.

* **Konkurs.** 1) Gdy nagroda 347 złr. z daru bezimiennego dawcy z Warszawy, przeznaczona za najlepszy wynalazek lub dzieło ogłoszone drukiem lub w manuskrypcie nadesłane w przedmiocie leczenia chorób epidemicznych lub zaraźliwych u ludzi lub zwierząt, dotychczas przyznaną nie została, rozpisuje Akademija Umiejętności w Krakowie w skutek uchwały pełnego posiedzenia prywatnego z dnia 2 maja 1878 konkurs do końca marca 1880 r., którego wypadek ogłoszony będzie na posiedzeniu pełném publiczném w dniu 3 maja 1880. r.

2) Ś. p. Dr. Seweryn Gałęzowski przeznaczył fundusz na stypendyja, mające służyć dla tych, którzy ukończywszy nauki w jakimbądź Uniwersytecie, otrzymawszy wyższy stopień naukowy, a może w charakterze pomocniczym już w jednym z nich pracujący, pragnęliby przez uzupełnienie i rozszerzenie zakresu wiadomości, usposobić się na godnych tego nazwiska nauczycieli w uniwersytecie krakowskim lub lwowskim. Fundacyja ta, w myśl ś. p. Dra Gałęzowskiego, ma nosić nazwisko: Fundacyi imienia Śniadeckich". Nim jednakże wejdzie ona w stanowcze wykonanie, tymczasowo służyć już może jednemu kandydatowi, posiadającemu wyżej namienione kwalifikacyje, a przedstawionemu w tym celu przez Komitet, do którego składu należeć mają: Prezes i Sekretarz Akademii Umiejętności w Krakowie, Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, tudzież jeden z profesorów przez nich zaproszony. To pierwsze stypendyjum pobierane będzie w ilości 5000 franków rocznie, według uznania Komitetu od jednego do trzech lat, począwszy od października r. b.; przeznacza się zaś tym razem dla oddających się naukom przyrodniczym. Kandydaci zgłaszać się mogą do Komitetu stypendyjnego pod adresem Akademii Umiejętności w Krakowie do końca lipca r. b., gdzie też bliższa informacyja może im być udzieloną.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 3 lipca b. r. o godzinie 5tej po południu posiedzenie zwykle (ostatnie przed wakacyjami), na którém 1) kol. prof. Blumenstok opowie przypadek sądowo-lekarski, 2) kol. Domański będzie mieć odczyt poprzednio już zapowiedziany, 3) kol. Trauczyński okaże kilka nowszych wyrobów farmaceutycznych.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. J. S. we Lwowie: Dziękujemy serdecznie za przyrzeczenie. — **Dr. G. w. M.:** Na list kolegi odpowiedzieliśmy listownie. — **Dr. B. S. w Brzeżanach:** List otrzymaliśmy, rozpoczniemy w przyszłym numerze.

Sprostowanie. W Nrze 25, str. 312, szpalcie 2iej, w. 2 od góry zamiast „suchego" czytaj silnego, a w. 42 od góry zamiast „kalomelu" czytaj *kalii acetici*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 6 Lipca 1878. № 27. Rok XVII.

I. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Serkowski,**
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

Od piérwszych lat mego zawodu lekarskiego nieraz zastanawiałem się, co zresztą zapewne każdemu lekarzowi myślącemu wydarzyło się, nad tém, jakim to sposobem dziać się może, że przeszedłszy po wilgotnéj posadzce bosą nogą człowiek najzdrowszy nabawia się ogromnego kataru połączonego z gorączką, jakim sposobem człowiek przyzwyczajony do kaloszy, raz przeszedłszy się po deszczu bez kaloszy ulega tak zwanéj gorączce nieżytowéj, albo zapaleniu gardła. Inny przyzwyczajony do futra, gdy zdejmie je w piérwszych nawet stósunkowo ciepłych dniach wiosny, odpokutować to zazwyczaj musi zapaleniem gardła lub nieżytem oskrzelowym, albo gośćcem, słowem jedną z chorób przeziębnych. Są ludzie, którzy po każdém ostrzyżeniu włosów, albo po zgoleniu faworytów dostają kataru albo rwy szczękowéj. Przykładów takich i tym podobnych możnaby mnóstwo naliczyć. Ale wszelkie kuszenie się o tłumaczenie tych zjawisk było bezowocne i zdawało się, że na długo jeszcze jeśli nie na zawsze pozostaną one tajemniczą dla rozumu zagadką. Wszelkie usiłowania kończyły się zwykle przypuszczeniem wpływu nerwowego, za pośrednictwem rdzenia pacierzowego i odruchów działającego; ale i te newropatologiczne teoryje zawsze chromały. Bo, jeżeli ustrój żywy ma zostawać pod wpływem tych samych sił i praw tylko wielorako skombinowanych, jakim ulega materyja nieorganiczna, to jakim sposobem wytłumaczyć to przyzwyczajenie do pewnéj odzieży lub naodwrót zahartowanie przeciw pewnym szkodliwym wpływom, jaki może być stósunek zimnéj posadzki do gorączki i kataru?

To wszystko rozjaśniło mi się i wydaje mi się łatwo zrozumiałém, gdy zastanawiając się nad sposobem działania kwasu salicylowego w gośćcu, wyrobiłem sobie teoryję zaczynów przeziębnych wnikających pod pewnemi warunkami do ustroju. Teoryję tę przedstawić i według mych sił udowodnić będzie jedną częścią zadania téj pracy. Drugiém zadaniem tejże jest zestawić w jeden obraz te choroby, w których zaczyny roślinne zdają się grać główną rolę i uobecnić sobie, o ile w jednych chorobach spostrzeżenia i doświadczenia istnienie tychże udowodniły, a o ile w drugich tylko ich się domyślamy i na jakich podstawach. Trzeciém nareszcie zadaniem jest przedstawienie tego co się z zaczynami przeziębnemi i zakaźnemi dzieje po wniknięciu ich do krwi czyli nakreślenie fermentacyjnéj teoryi gorączki.

Z natury rzeczy wypływa, że wiele kwestyj tu rozwiniętych będzie miało tylko wartość hipotetyczną. W naukach ścisłych unikamy ile możności hipotez, lecz bez nich obejść się nie możemy, bez nich nie byłoby postępu.

Doświadczenie w dotychczasowych nabytkach nauki na każdém polu nauczyło nas, że w ten sposób posuwa się ona naprzód, iż gdy nazbiera się pewna ilość faktów dokładnie spostrzeganych na drodze indukcyi, wtedy drogą dedukcyi staramy się postawić teoryję, ktora nietylko te fakty tłumaczy, ale naprzód wybiegając nowym doświadczeniom i spostrzeżeniom drogę toruje i szerszą daje im podstawę. Ta metoda ważną jest w medycynie szczególniéj dla tego, że sposób pojmowania téj lub owéj sprawy patologicznéj nie mało wpływa i na stronę praktyczną, na leczenie téj choroby i na sposoby chronienia się od nich. Wreszcie jest rzeczą godną myślącego umysłu śledzić przyczyny ważnych zjawisk życiowych.

I.

Przeziębienie i choroby z przeziębienia wynikające polegają na pewnego rodzaju fermentacyi we krwi.

Doświadczenia Strickera z Berlina a po nim wielu innych lekarzy i moje własne (Przegląd Lekarski 1878. Nr. 5, 6.) na licznych przypadkach oparte pouczają, że kwas salicylowy wewnętrznie użyty w ilości 5 — 15 gramów, jest w stanie przerwać chorobę ogólną, którą gośćcem ostrym nazywamy, bez względu, czy nagabnie on mięśnie, lub stawy, lub też błony surowicze.

Moje własne doświadczenia przekonały mnie, że także błonica przy jak najwcześniejszém użyciu kwasu salicylowego (2 — 3 gramów codziennie u dzieci) miewa łagodniejszy przebieg.

Idzie nam teraz o wytłumaczenie tego zjawiska, a tłumaczenie to zbliży nas zarazem do rozwiązania ważnéj zagadki patologicznéj, co jest istotą gośćca ostrego i w ogóle wszelkich chorób z przeziębienia wynikających.

Dla wytłumaczenia dziwnego wpływu kwasu salicylowego na zboczenia gośćcowe, który jedynie porównać się daje z wpływem chininu na zboczenia zimniczne, zestawmy tylko najważniejsze własności kwasu salicylowego, a wnioski dalsze same z siebie się nasuwają. Według doświadczeń Kolbego: *(Über eine neue Darstellungsmethode u. einige bemerkenswerthe Eigenschaften der Salicylsäure. Weitere Mittheilungen über die Salicylsäure. Journal f. prakt. Chemie.* Neubauer. *Über die gährungshemmende Wirkung der Salicylsäure.* Merunowicz: *Przegląd Lekarski* 1875, Nr. 12.) wiemy: 1) że jedna tysiączna kwasu salicylowego dodana do rozczynu cukru, usuwa na dłuższy czas wpływ drożdży, a jeżeli kiśnienie rozpoczęło się, wtedy je wstrzymuje;

2) że jedna tysiączna kwasu salic. wystarcza, aby ochronić piwo przez dłuższy czas od pleśnienia (lecz nie od skwaśnienia);

3) że słodkie mleko za dodaniem cząstki kwasu salic. kwaśnieje o 36 godzin później, niż mleko nie zaprawne tym dodatkiem;

4) że mocz zmięszany z małą ilością kwasu salic. trzeciego dnia nie okazuje woni amonijakalnéj;

5) że mięso potarte tym kwasem, a jaja zanurzone w zgęszczonym rozczynie tegoż, przez tygodnie i miesiące nie ulegały zepsuciu.

Dodajmy do tego doświadczenia najprzód przez Strickera i Bussa podane, a przez wielu lekarzy i przez moje własne doświadczenia poparte,

6) iż kwas salic. przerywa chorobę gośćcową ostrą,

7) iż przerywa częstokroć błoniawę *(diphtheritis)*.

Z tych premis nasuwa się prosty wniosek, że jak kwas salicyl. wstrzymuje fermentacyję wyskokową w rozczynie cukru, fermentacyję kwaśną w mleku, fermentacyję gnilną w piwie, w moczu, w mięsie i jajach, tak samo musi wstrzymywać pewien rodzaj fermentacyi odbywającéj się we krwi osób gośćcem lub błoniawą dotkniętych.

Zapatrywanie to potwierdzają także doświadczenia Kuntzego i Senatora, którym udało się w znacznéj liczbie przypadków ukoić bole w ostrym gośćcu stawowym za pomocą wstrzykiwań podskórnych kwasu karbolowego 1 — 3 procentowego w okolice stawów zajętych*). Przemawia więc to bardzo za teoryją fermentacyi, że właśnie dwa takie ciała, które fermentacyję powstrzymują, usuwają též chorobę gośćcową i to jeżeli jeden dostaje się do ogólnego obiegu krwi, usuwa chorobę ogólną, tępiąc istoty gorączkotwórcze w całym ustroju, drugi zaś działając miejscowo usuwa téż zboczenia miejscowe. Należałoby jeszcze skonstatować, czy naodwrót używanie wewnętrzne kwasu karbolowego a miejscowe wstrzykiwanie kwasu salicylowego nie okaże podobnych skutków. Zanim zastanowimy się nad tém, na czém fermentacyja polega, sprobujemy pierwéj dowieść, jaką drogą szkodniki chorobowe czyli fermenty albo zaczyny*) w czasie przeziębienia dostać się mogą do ustroju.

II.

Droga, którą zaczyny chorobowe w czasie przeziębienia dostają się do ustroju.

Odpowiedź na pytanie w niniejszym tytule zawarte jest bardzo łatwa. Istnieje na powierzchni całego ciała tysiące bram, któremi zaczyny dostać się mogą do wnętrza ustroju, i to wnijścia te nie są wcale tak małe, skoro je przy bardzo niewielkiém powiększeniu widzieć możemy; dziwić się tylko musimy, że stosunkowo tak rzadko szkodniki wszelkiego rodzaju tą drogą do ustroju się dostają. Temi bramami są pory w skórze, czyli ujścia przewodów gruczołów potnych.

a) Anatomija, fizyjologija i patologija gruczołów chłonnych.

O tych porach w skórze i o gruczołach potnych w ogóle dotychczas skąpe mamy wiadomości. Wiemy tylko, że podług obliczenia Krausego gruczołów takich jest w przecięciu u człowieka 2.381,248! (Hyrtl: *Lehrbuch der Anatomie des Menschen* 1859. str. 474.)

Jakkolwiek więc drobne i małoznaczące na pozór są te gruczoły, to zesumowane równać się mogą i z wielkiemi narządami wewnętrznemi, a sama ich mnogość wskazuje, że są one potężnym czynnikiem w życiu zwierzęcém, i to tak w stanie fizyjologicznym, jak i patologicznym. Ale patologija gruczołów potnych zaprawdę po macoszemu dotychczas była obrabianą. Gruczoły te mają postać kłębkowato zwiniętych cieniutkich cewek, które tkwią głęboko w tkance podskórnéj i kończą się przewodem w pobliżu ujścia na powierzchni skóry spiralnie skręconym. Ujście przewodów znajduje się pomiędzy brodawkami dotykowemi w dołeczkach gołém okiem widzialnych. Gruczoły są gęstą siecią naczyń krwionośnych włosowatych otoczone. Naczyń limfatycznych, które według Teichmanna w skórze tworzą podwójną gęstą sieć tj. głębszą z obszerniejszemi i powierzchowną z delikatniejszemi cewkami, naokoło samych gruczołów potnych równie jak naokoło

*) Senator: *Berliner klin. Wochenschr.* 1876. str. 70.
Kuntze w r. 1874 zalecił wstrzykiwania kwasu karbol. pod skórę zapaleniem gośćcowém dotkniętych stawów. Doświadczenia podobne podjął prof. Senator w Berlinie. Wstrzykiwał on 1—3% kwas karbol. w okolicę najwięcéj zapalonych stawów za pomocą strzykawki Pravaza, przyczém naraz co najwięcéj 0·09 kwasu karbol. pod skórę się dostawało. W 12 — 24 godzin tę samą ilość wstrzykiwano w inny bolesny staw, a wyjątkowo w ten sam, jeśli ból na nowo się odezwał. Przy tak ostrożném postępowaniu nie zauważano przypadków otrucia kwasem karbol. Skutek był zazwyczaj ten, że ból i obrzmienie w większych stawach albo całkiem znikały, albo znacznie się zmniejszały, natomiast działanie na mniejsze stawy rąk i nóg i stawy kręgowe było nieznaczne. Najpomyślniejszym skutkiem uwieńczone były wstrzykiwania w okolicę stawu barkowego, bo w 15 przypadkach 11 razy jedno wstrzyknięcie wystarczało do zupełnego usunięcia bólu i obrzmienia, a tylko w 4 przypadkach trzeba było po kilku dniach wstrzykiwanie powtórzyć. Skutek okazuje się już w pierwszych godzinach po wstrzyknięciu. Im przypadek ostrzejszy, tem skutek pewniejszy, w przypadkach przewlekłych skutek był nieznaczny. Na stan ogólny, wydzielanie potu, gorączkę wstrzykiwania nie miały wielkiego wpływu. w ogóle jednak przebieg zdawał się być krótszym. Senator uważa środek ten za znakomicie kojący miejscowe bole *(Palliativmittel)*, który szczególniéj tam właśnie daje się z korzyścią zastosować, gdzie przyrządy ustalające trudno założyć. Oba więc środki uzupełniają się.

*) Na oddanie łacińskiego wyrazu fermentum używamy nazwy polskiéj „zaczyn“, bo wyraz zakis zdaje nam się tylko stosowny dla fermentacyi kwaśnéj, podczas gdy zaczyn jest odpowiedni i dla fermentacyi wyskokowéj i gnilnéj. zatem ogólniejszy dla nas i z tego względu odpowiedni, że według pojęcia tu przedstawionego rzeczywiście zagaja, zaczyna on chorobę. Zresztą i gospodynie nasze przyprawiając drożdże do ciasta, przyprawę tę nazywają „zacyną“ albo „zaczyną“.

gruczołów łojowych i włosów prof. Teichmann nie znalazł. Ściany przewodów składają się z delikatnéj lub twardszéj osłony z tkanki łącznéj pokrytéj przybłonkiem brukowym, z błony bezkształtnéj, do których osłon przyłącza się warstwa włókien mięsnych w kierunku podłużnym przewodu biegnących, ale nie wszędzie są one widoczne. Także pod i nad gruczołami potnemi przebiegają poziomo włókna mięśni. Największe grucz ły potne znajdują się na podeszwie i pod pachą, gdzie ich długość wraz z przewodem 1 — 1½ linij wynosi.

Z fizyjologii wiemy, że za pomocą przeziewu skórnego (*perspiratio*) dostają się pewne gazy i pot z wnętrza ustroju na zewnątrz, a niektóre gazy z zewnątrz do ustroju, podobnie jak się to w płucach odbywa; przez skórę jednak daleko więcéj wynika niż wnika, a wynikanie to głównie dotyczy pary wodnéj, któréj 500 — 800 gramów w 24 godzinach przez skórę się wydziela.

W porównaniu z wydzielaniem pary wodnéj jest wziewanie tlenu i wyziewanie dwutlenku węgla (CO_2) i azotu nadzwyczaj małe. Ilość CO_2 przez psa przeziewem skórnym wydzielona wynosi według doświadczeń Regnaulta i Reiseta 1 — 2 gramów w 24 godzinach. (Wundt. *Lehrbuch der Physiologie des Menschen* 1865. str. 344.)

Pot jestto ciecz bezbarwna, nieco mętna, słonawa, oddziaływająca kwaśno, wydająca pewną woń słabszą lub silniejszą. Pod drobnowidem znaleść w niéj można szczupłą ilość komórek śluzowych, komórek przybłonka, kropli tłuszczu i ziarnka drobinowe.

Składniki chemiczne potu są woda, tłuszcz, mocznik, cholestearyna, podług Favra kwas mlekowy, jakiś kwas potny, siarkany i fosforany alkaliów, fosforany ziem alkalicznych, niedokwas żelaza. Mniéj stale znachodzą się lotne kwasy: kwas masłowy, octowy, mrówkowy i jakieś ciało białkowate (Wundt str. 354.).

Z patologii grucz. potnych mamy tylko szczupłe wiadomości przez dermatologów podane.

Hebra a za nim Zeissl (Hebra: *Acute Exantheme in Virchows Speciell. Pathol. u. Ther.)* i Neumann przyjmują tylko jedyną chorobę gruczołów potnych nazwaną *Hyperidrosis localis*, która polega na nadmiarowém wydzielaniu się potu miejscowém, bezgorączkowém; najczęściéj wydarza się to na stopach (głównie na podeszwach i między palcami), rzadziéj na dłoniach, pod pachami i w fałdzie łonoudowym tj. wszędzie tam, gdzie są gruczoły potne mocniéj wykształcone, lub gdzie przez tarcie podwyższa się ciepłota. Nadmiarowy pot rozkładając się w obuwiu na kwasy lotne wydaje woń nieznośną.

Potnicy gorączkowéj *(sudor anglicus, hyperidrosis, febrilis universalis)* Hebra ani Zeissl nie widzieli. Polegać ona miała na uczuciu nadzwyczajnego gorąca, po którem chorzy wpadali w nadzwyczajne poty cuchnące, niepokój, mdłości, kurcze w dołku podsercowym i śmierć w 24 godzinach. Choroba ta miała w 16 wieku grasować szerząc się z Anglii na ląd stały szczególniéj w mokrych mglistych dolinach w pobliżu rzek i bagnisk. Po 10 — 12 dniach miały te epidemije niknąć.

Potnicy ogólnéj chronicznéj opisanéj przez Schönleina dermatologowie nie uznają,

Zmniejszone wydzielanie potu wydarza się przy wielu chorobach ogólnych i skórnych i jest tylko przypadem, jak np. w durze, cukrówce, porażeniach, raku, w świerzbiączce *(prurigo)* w łuszczu *(psoriasis)*, rybiéj łusce *(ichthyosis)*. Niektórzy ludzie ze skórą zresztą prawidłową nawet w wysokiéj ciepłocie wcale się nie pocą.

O zmianach jakościowych potu wiemy zaledwie tyle że istnieją, np. że istnieją poty cuchnące, że w niektórych chorobach np. w cholerze, zapaleniu nerek, rzucawce w pocie znachodzi się mocznik.

Tak zwany pot krwawy według wiarygodnych opisów wydarzać się mający w nadto rzadkich przypadkach u histeryczek polega prawdopodobnie na wynaczynieniu krwi z kruchych naczyń do gruczołów potnych. (Neumann: *Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien* 1869. Str. 66.)

Zapalenia gruczołów potnych niekiedy się wydarzają szczególniéj koło szyi, pochwy i pod pachą.

Poty wśród przeróżnych chorób ogólnych się wydarzające są symptomatycznemi i nie bywają wliczane w zakres patologii gruczołów potnych. To jest mniéj więcéj wszystko, co o anatomii, fizyjologii i patologii tych ważnych po całéj skórze rozsianych narządów wiemy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przypadek niedokrewności złośliwéj wraz z operacyją przetoczenia krwi.

Podał Dr. Rydygier,
Docent chirurgii w Jenie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26.)

Operacyję wykonałem bez użycia chloroformu z przyczyny, że chory był tak ogromnie osłabionym, iż trzeba było się obawiać nieszczęśliwego zejścia narkozy. Upust krwi poruczyłem kol. Drowi Schenkowi, asystentowi klinicznemu, odwłóknianiem zajął się łaskawie prof. Lichtheim; tętno zaś śledził prof. Nothnagel. Do przetoczenia użyłem przyrządu*) przez Hütera podanego i całą operacyję ściśle podług jego przepisu wykonałem. Do odkrycia tętnicy sprychowéj prawéj w okolicy dolnéj ⅓ części przedramienia przystąpiłem w mgle karbolowéj po poprzedniém oczyszczeniu pola operacyjnego 5% rozczynem kwasu karbolowego; wszystkie też narzędzia poprzednio dokładnie były wyczyszczone a krótko przed użyciem strzykawka i naczynia ciepłym rozczynem dwuwęglanu sodowego wypłókane. Oddzieliwszy tętnicę zupełnie od części ją otaczających przeprowadziłem naokoło niéj kolejno 4 nitki katgutowe za pomocą igły Dechampsa. Przeznaczenie tych nitek następujące: Pierwsza służy do podwiązania tętnicy powyżéj cewki, bliżéj ku środkowi, aby zapobiedz krwawieniu po nacięciu tętnicy; druga służy do przymocowania cewki w tętnicy; trzecia do podwiązania obwodowego końca tętnicy po ukończeniu przetoczenia, a przed zupełném wycięciem użytego kawałka tętnicy; czwarta nareszcie jest nitką rezerwową, w razie gdyby która z poprzednich się przerwała.

Po przeprowadzeniu nitek podwiązałem pierwszą nitką tętnicę. Następnie nożyczkami o ostrych końcach naciąłem tętnicę poprzecznie do połowy. Wprowadziwszy potém cewkę strzykawki do światła tętnicy w kierunku obiegu krwi, więc ku obwodowi, umocowałem ją drugą nitką. Równocześnie była krew tak dalece przysposobioną, że mogłem rozpocząć przetaczanie. Cewki niepotrzeba ciepłą wodą przed rozpoczęciem przetaczania napełniać, jak niektórzy radzą, gdyż tyle krwi cofnie się z tętnicy, że wypełniając cewkę z niéj powietrze wypędza. Podczas przetaczania przestrzegałem ściśle przepisu, żeby tłok strzykawki zwolna i jednostajnie posuwać, a do tego pozostawiałem zawsze pewną ilość krwi w strzykawce dla pewności, żeby powietrza nie wstrzyknąć. Strzykawka Hütera, jeżeli ją w ogóle osobném nazwiskiem nazwać mam, jest to zwyczajna strzykawka, szklana z podziałką, z osadą kauczukową; pojemność jéj wynosi 20 cm. sz. Ilość przetoczonéj krwi obliczyliśmy na 150 cm. sz., przetoczyłem 8 strzykawek, byłoby to 160 cm. sz., z tego obliczyć wypada na pozostawione resztki około 10 cm. sz., więc rzeczywiście przetoczyliśmy 150 cm. sz. Po przetoczeniu zawiązałem od ob-

*) Przyrząd Hütera zawiera w niewielkiém pudełku łatwo przenośném wszystkie naczynia i narzędzia potrzebne do operacyi przetoczenia krwi z wyjątkiem narzędzi do odkrycia tętnicy i kosztuje, jeżeli się nie mylę, 45 marek.

wodu tętnicę, a użyty kawałek wyciąłem i brzegi rany zeszyłem katgutem; na to nałożyliśmy oprawę z juty karbolowéj, zwykle w naszéj klinice używaną. Podczas przetaczania w tętnicę sprychową zwykle ręka znacznie nabrzmiewa i sinieje, ale wszystko to w kilku godzinach się wyrównywa. W naszym przypadku wystąpiło oprócz tego kilka małych wybroczyn. Przed i podczas przetaczania prof. Nothnagel kilka razy badał zmiany krwi pod drobnowidem. Już po przetoczeniu pierwszéj strzykawki pokazywała próbka krwi wzięta z palca drugiéj ręki liczne prawidłowe czerwone ciałka krwi oprócz dawnych zmienionych na dowód, że krew przetoczona już się dostała do ogólnego obiegu krwi. Uwagi godne były zmiany tętna podczas przetaczania; z początku tętno kilka razy złowrogo zmniejszało się, ale późniéj podnióslszy się wszelką obawę czyniło niepotrzebną i pozostało zadowalającém. Tegoż dnia wieczorem o godz 5éj miał się chory podmiotowo zupełnie dobrze; popołudniu cokolwiek spał, nabrzmienie prawéj ręki już zupełnie zniknęło i prawa ręka nie różni się niczém od lewéj, tylko na palcu wskazicielu prawym spostrzegamy już powyżéj namienione małe wybroczyny. Wargi chorego są czerwieńsze, niż przed operacyją; nos także stracił swą woskowo-bladą barwę. Zresztą wygląd chorego nie zmieniony. W próbce krwi widzimy pod drobnowidem tylko małą liczbę zmienionych czerwonych ciałek krwi, niemal wszystkie zupełnie prawidłowo wyglądają i dużo z nich układa się w ruloniki.

31/5 Chory spał dobrze. tętno 112, tętnica szeroka, fala wysoka, naprężenie słabe; 40 oddechów; nad tętnicą płucną słabe dmuchające szmery skurczowe; wargi znowu cokolwiek bledsze, niż wczoraj, ale jeszcze czerwieńsze niż przed operacyją; w ogóle chory wygląda i miewa się lepiéj, niż w ostatnich dniach przed operacyją. Wczoraj zupełnie nic nie jadł, ani płynnych potraw; tak samo dziś. Wczorajsza enema odeszła nic nie skutkowawszy.

W następnym czasie chory coraz gorzéj się miewa. Nie używa albo zupełnie niczego, albo cokolwieczek płynnych potraw; mimo to krew pod drobnowidem jeszcze przez kilka dni następnych dobrze wygląda; ciałka czerwone układają się w ruloniki mało zmienione. Natomiast woskowo-blada barwa wraca. Chory gorączkuje i często majaczy, ciepłota dochodzi do 39,0 C., tylko 4/6 jest prawidłową 37,3, 37,6. Mając liczne zatrudnienia w klinice naszéj, a nie zaproszony przez kolegów kliniki wewnętrznéj, gdzie chory leżał, nie zmieniłem oprawy aż dnia 3/6. Oprawa przesiąknięta ropą nie przylega do ciała, odstaje tak dalece, że palec pod oprawą do rany włożyć można. Niespokojny chory podobno nieraz dziubał około oprawy i oblewał ją napojami, podobny stan nie przyczynił się naturalnie do zachowania skuteczności oprawy przeciwgnilnéj. Rana po zdjęciu oprawy nie okazywała najmniejszéj reakcyi; poniżéj rany odumarł kawałek skóry. Oczyściwszy ranę, napowrót oprawę założyłem. Następnego dnia obrzęk ręki, który był w ostatnich dniach powstał, znikł.

Ponieważ chory niemal żadnych potraw nie przyjmował, starano go się żywić odpowiedniemi enemami, ale mimo tych starań nareszcie d. 8 czerwca o godz. 7 wieczorem umarł.

Następnego dnia wykonał radca dworu prof. Müller badanie pośmiertne, które zupełnie rozpoznanie prof. Nothnagla potwierdziło, a nadto wykryło kilka szczegółów nadzwyczaj zajmujących. Mimo usilnych starań nie udało mi się otrzymać protokółu obdukcyjnego, a dokładniejsze badanie jeszcze do dziś nawet nie ukończone; skoro się o wynikach jego dowiem, a godne będą ogłoszenia, nie zaniedbam zawiadomić szan. czytelników Przegl. Lek.; zresztą prof. Nothnagel z pewnością też ogłosi ten przypadek, a natenczas z jego ogłoszenia o bliższych szczegółach się dowiemy. Na tém miejscu podaję tylko to z protokółu obdukcyjnego, co w pamięci zatrzymałem.

Na wewnętrznéj powierzchni opony mózgowéj twardéj liczne i obszerne wybroczyny krwi. W całym mózgu w najrozmaitszych jego częściach dużo kropkowatych wybroczyn; większe ognisko niemal wielkości małego orzeszka laskowego w lewym przednim płacie czołowym, jeżeli mnie pamięć nie zawodzi; prof. Nothnagel przy téj okoliczności uczynił uwagę, że nie umie sobie wytłumaczyć porażenia wprawdzie niezupełnego i tylko krótko trwającego na lewych odnogach za życia spostrzeganego. Kropkowate wybroczyny znaleziono także na osierdziu, błonie śluzowéj tylnéj powierzchni nagłośni i pęcherza itd. W płucach po obu stronach zapalenie ściekowe; po lewéj stronie świeże zapalenie opłucnéj ze znacznym wysiękiem. Wszystkie te zmiany oczywiście w ostatnich dniach życia powstały i nie były bynajmniéj przyczyną niedokrewności.

Żołądek w zadziwienie wprawił wszystkich obecnych, podobnie małego żołądka nikt z nas nie widział; oto jego rozmiary: długość 12 cm., szerokość 60 mm., grubość ściany odźwiernika 6 mm.

W końcu namienić mi wypada, że śledziona zupełnie zdrowo wyglądała tak co do barwy, jako i stopnia spójności. Wszystkie przyrządy były nadzwyczaj blade. We wątrobie znalazło się kilka blizn.

Z krótkiego i pobieżnego streszczenia protokółu obdukcyjnego przekona się każdy, że badanie pośmiertne zupełnie potwierdziło rozpoznanie niedokrewności złośliwéj w żołądku; nie znaleśliśmy ani raka, ani wrzodu, tylko nadzwyczej wysoki stopień zaniku jako przyczynę wszystkich objawów za życia ze strony żołądka spostrzeganych. Bliższe szczegóły okaże badanie drobnowidowe. (Prof. Nothnagel natychmiast włożył cały żołądek do wyskoku.) Na późniejszy czas pozostawiono sobie również badanie drobnowidowe innych przyrządów, a mianowicie dokładne zbadanie szpiku kostnego.

Nie wdając się w ocenę poszczególnych sposobów przetaczania krwi wyliczę na zakończenie w kilku słowach zalety przetoczenia krwi w tętnicę sposobem Hütera. (C. Hüter: *Die arterielle Transfusion*, *Archiv f. kl. Chir.* Tom XII. 1870 r.)

Przetaczając krew do tętnicy, 1) unikamy w zupełności złych skutków wstrzyknięcia powietrza do obiegu krwi; bo choćbyśmy pęcherzyk powietrza wstrzyknęli, nie wyrządzimy tém najmniejszéj szkody; krew zastrzyknięta przebiegając cały system naczyń włosowatych ręki lub nogi, stósownie do tego, czy w tętnicę sprychową, czy goleniową tylną przetaczaliśmy, pozbywa się powietrza.

2) Nie zdarzają się nigdy zresztą rzadkie przypadki zapalenia żył.

3) Przepędzając przetoczoną krew najprzód przez naczynia włosowate tworzymy sobie niejako żywy sączek, (filtrum) gdzie wszelkie możliwe i najmniejsze skrzepy bez szkody dla całego ustroju się zatrzymują.

4) Krew przetoczona jednostajniéj i powolniéj dostaje się do ogólnego obiegu krwi i serca, co mianowicie przy przetaczaniu u tak bardzo osłabionych chorych, jak w naszym przypadku, jest wielkiéj wagi, gdzie serce i najmniejszego nagłego powiększenia swéj pracy nie jest zdolne podjąć.

Zarzut podniesiony przeciwko temu sposobowi operowania, że operacyja jest trudną do wykonania, odparł słusznie Hüter temi słowami: „Kto się obawia, że nie znajdzie tętnicy sprychowéj lub goleniowéj tylnéj, nie powinien nigdy podejmować się operacyi przetaczania krwi.“

Co się tyczy pytania, czy przetaczanie krwi w złośliwéj niedokrewności jest wskazaném, o tém stanowczo rozstrzygnie dopiero przyszłość. Dotychczas można twierdząco odpowiedzieć, nie znając bowiem ostatecznéj przyczyny niedokrewności złośliwéj, a przynajmniej nie mogąc jéj w każdym poszczególnym przypadku na pewno oznaczyć, możemy przypuszczać, że siedliskiem choroby i jéj istotą są zmiany części składowych krwi, a naprawiając przetoczeniem krew, możemy mieć słuszną nadzieję wyleczenia chorego; jako też rzeczywiście kilka przypadków już ogłoszono, gdzie przetoczenia krwi z dobrym skutkiem użyto.

III. Oceny i sprawozdania.

Kraus u. Pichler: **Encyklopädisches Wörterbuch der Staatsarzneikunde.** 4 Bde, in 8vo m., F. Enke. Stuttgart, 1872 — 1878. str. 2833, cena m. 55.

Właśnie ukończoném zostało obszerne dzieło, które wychodząc od października 1871 r. miało zrazu mieścić się w jednym tomie, a następnie dla obfitości materyjału doszło aż do 4ch pokaźnych tomów. Mieści ono w sobie porządkiem abecadłowym bardzo liczne artykuły z dziedziny medycyny sądowéj, policyi lekarskiéj i weterynarskiéj oraz z higijeny prywatnéj, publicznéj i wojskowéj. Jakkolwiek łączenie medycyny sądowéj z higijeną w teoryi nie da się obecnie usprawiedliwić, to jednak przez wzgląd na stósunki rzeczywiste, przez wzgląd mianowicie na to, że tak w Austryi, jako i w Niemczech jedni i ci sami lekarze po największéj części pełnią obowiązki lekarzy rządowych i sądowych, w praktyce związek ten zapewne jest odpowiednim.

O wartości ściśle naukowéj tego obszernego dzieła właściwie nie może być mowy, gdyż całe dzieło od początku do końca jest kompilacyją; wątpić bardzo należy, ażali we wszystkich 4 tomach znalazłby się choć jeden artykuł, któryby był napisany oryginalnie i oparty na własném doświadczeniu autorów. I nic dziwnego; jeden z autorów redagował wprawdzie przez 2 lata tygodnik poświęcony medycynie publicznéj, który wychodził we Wiedniu w r. 1866 i 1867, od czasu zaś, gdy musiał zawiesić wydawnictwo oddaje się praktyce ogólnéj; drugi był wprawdzie przez kilka lat współredaktorem jednego z tygodników wiedeńskich i napisał podręcznik sądowolekarski, choć nigdy nie był lekarzem sądowym, ale od lat wielu jest lekarzem zdrojowym w Karlsbadzie. Trudno więc było spodziewać się po nich pracy samodzielnej; to też tak z tego powodu, jakoteż dla dualizmu autorstwa dzieło w mowie będące nie wytrzyma żadnego porównania ze znaném dziełem Pappenheima, które wyszło z jednego odlewu i napisane jest z wielką znajomością rzeczy. Z drugiéj strony atoli przyznać należy, że dzieło Krausa i Pichlera jest kompilacyją wyborną, uwzględniającą wszystkie prace najlepsze i nowsze a przedstawiającą rzecz w sposób przystępny i praktyczny. Dlatego też sumiennie polecić możemy dzieło to wszystkim kolegom zwłaszcza na prowincyi zamieszkałym a niemającym przystępu do większych księgozbiorów; znajdą oni w niém prawdziwą skarbnicę wszystkiego, czego lekarz na stanowisku urzędowym potrzebuje, zwłaszcza, gdy wszystkie ważniejsze ustawy i rozporządzenia a nawet i formularze dość obszernie są umieszczone.

Jeżeli niedokładne podawanie źródeł uważać należy za wadę, któréj autorowie z łatwością mogli byli uniknąć, to za to obszerne rejestry ułatwiają prędkie oryjentowanie się, a dobry papier i druk są zaletą nie mało znaczącą w dziele, do którego często się zagląda. Wypadałoby tylko, aby autorowie od czasu do czasu ogłaszali uzupełnienia, które z postępem nauki okażą się potrzebnemi; bo tym sposobem dzieło, które dla swojéj objętości, musi być dość kosztowném, mogłoby mieć wartość praktyczną, więcéj niż przemijającą.

L. B.

Dr. R. Ultzmann (w Wiedniu): **O moczeniu krwawém** *(haematuria)*. Sprawozdanie Dra F. Obtułowicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26.)

Zakrzepica żył nerkowych z następowemi krwotokami nerkowemi zdarza się czasem u niemowląt cierpiących na nieżyt chroniczny jelit, kiedy doń przystępuje żółtaczka i zmniejszenie ilości moczu. Wkrótce po wystąpieniu krwotoku miąższowego nerkowego następuje śmierć niemowlęcia; przyczyną zaś zakrzepicy żył nerkowych są prawdopodobnie owrzodzenia jelit. U osób dorosłych zdarzają się skrzepy w żyłach nerkowych i krwotoki w przypadkach charłactwa, gorączki połogowéj, zapalenia żył macicy i żył udowych, skaleczenia nerek i ucisku wywartego przez nowotwory usadowione w pobliżu naczyń nerkowych.

Krwotoki w przypadkach nowotworów nerek nie odznaczają się wybitnemi cechami. Między nowotworami zasługują szczególnéj na uwagę raki, zwłaszcza rdzeniowe i galaretowate *(Carcinoma medullare gelatiniforme)* i mięsaki. Rak dotyka zazwyczaj jednéj nerki i zdarza się pierwotnie najczęściéj w wieku dziecięcym, a wówczas zdarza się moczenie krwawe nadzwyczaj tylko rzadko. Częstokroć widziano u dzieci raki nerkowe wypełniające całą jamę brzuszną, a mimo to w moczu nie zdolano wykryć ani śladu krwi, ni białka. U dorosłych za to w przypadkach raka nerkowego należy moczenie krwawe do zjawisk zwykłych. Obok tego parcie na mocz jest nieznaczne i nie jest nigdy tak bolesném, jak w razie obecności kamienia lub nowotworów usadowionych w pobliżu szyjki pęcherza. Chorzy skutkiem krwotoków stają się niedokrewnymi i umierają następnie z charłactwa.

Mocz w tych przypadkach ma barwę albo krwawo-czerwoną, albo też brunatno-czerwoną stósownie do tego, czy krwotok powstał skutkiem pęknięcia naczyń większych, czy też jest tylko miąższowym; oddziaływanie jego kwaśne. W osadzie wykryć można tylko ciałka krwi i długie skrzepy, jako odlewy moczowodu, drobnowid nie wykrywa komórek nowotworowych chyba tylko wtenczas, kiedy nowotwór przebija do miedniczki nerkowéj.

Krwotok w przypadkach gruźlicy nerek i miedniczek nerkowych jest zazwyczaj tylko nieznaczny i miąższowy, ale wystarcza do nadania moczowi barwy brudno-czerwono-żółtéj, a nawet brunatno-czerwonéj. Parcie na mocz mierne, bóle przy oddawaniu moczu nieraz bardzo nieznaczne. Mimo zupełnego spokoju moczenie krwawe znika nieraz zupełnie, a powraca znów w zimie. Zazwyczaj cierpieniom tem towarzyszy gruźlica płuc, nacieki lub przetoki ropiejące w przyjądrzach i jądrach niebolesne, a w końcu

wyśledzić można u chorych tego rodzaju częstokroć blizny po wrzodach zołzowych itp.

Mocz okazuje cechy zapalenia miedniczek nerkowych z krwotokami miąższowemi, a drobnowid wykrywa czasem wałeczki woskowe lub krótkie a grube wałeczki ziarniste obok przybłonków nerkowych i bakteryj.

Krwotoki powstałe skutkiem skaleczenia nerek są zazwyczaj bardzo obfite i grożą śmiercią.

Drobnowid wykrywa mnóstwo ciałek krwi; w moczu czasem widać długie skrzepy.

V. Krwotoki z całego przewodu moczowego zdarzają się zazwyczaj przy nieprawidłowości naczyń krwionośnych i krwi całego ustroju lub też tylko przewodu moczowego. W razie pierwszym mocz przybiera cechy t. zw. moczenia gałczeniowego *(haemoglobinuria)*, w razie drugim uwydatniają się przypady towarzyszące krwawieniu miąższowemu.

Moczenie gałczeniowe bez bolesnego parcia na mocz zdarza się w przypadkach krwawiennictwa *(haemophilia)*, czasem także skorbutu, w złośliwych zimnicach, gorączkach zgniłych i tyfoidalnych, w chorobach połączonych z rozkładem krwi, po wziewaniach gazu trójwodku arsenu i kwasu węglowego.

Również tego rodzaju moczenie zdarza się w tych przypadkach przetoczenia krwi zwierzęcéj, gdzie znaczniejszą ilość krwi choremu wstrzyknięto; a wówczas obok wydzielenia krwi w stanie rozpuszczonym przez nerki pojawiały się jeszcze wybroczyny skórne. Mocz barwy brunatnéj oddziaływa kwaśno, zawiera w roztworze znaczną ilość hemo- i methemoglobiny, a w osadzie masę rozpadową brunatno zabarwioną i przybłonek nerkowy lub wałeczki nerkowe brocznikiem krwi zabarwione.

Czasem moczenie gałczeniowe kombinuje się z krwotokiem miąższowym, a wówczas w osadzie pojawiają się kuliste ciałka krwi w małéj ilości.

Znaczne krwotoki miąższowe z całego narządu moczowego pojawiają się czasem w przypadkach porażenia pęcherza ze zgrubieniem błony mięsnéj lub przerostu gruczołu krokowego, jeżeli się odrazu pęcherz (od kilku lat może zawsze częściowo pozostającym moczem wypełniony) za pomocą cewnika wypróżni, a to z powodu zmienionych stosunków parcia ościennego w całym przewodzie moczowym. Wówczas następuje silne przekrwienie *ex vacuo*, a przekrwienie musi być têm znaczniejsze, im grubsze i bardziéj przerosłe są ściany pęcherza, które nie tak łatwo mogą się kurczyć. W najlepszym razie skutkiem tego przekrwienia *ex vacuo* powstaje ropne zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych, czasem atoli zjawia się mocny krwotok miąższowy z całego narządu moczowego, a w ciężkich przypadkach nawet ropne zapalenie miąższu nerkowego lub zapalenie pęcherza z wytworzeniem się ropni, kończące się śmiercią wśród dreszczów, skąpego wydzielania moczu i przypadów uremicznych. Mocz barwy czerwono-brunatnéj oddziaływa obojętnie lub słabo alkalicznie, zawiera dużo białka, barwika krwi i węglan amonowy. Pod drobnowidem widać kryształki fosforanu amono-magnowego, przybłonki z pęcherza i nerek, i nieraz grube, krótkie wałeczki nerkowe.

Uwagi terapeutyczne. Terapija zastósowana w moczeniu krwawém powinna zadość uczynić wskazaniom ogólnym i szczegółowym. Wskazanie ogólne dotyczy niebezpieczeństwa grożącego życiu, a więc obejmuje przy zastósowaniu praktyczném środki tamujące krew znane powszechnie; wskazanie zaś szczegółowe dotyczy przyczyny i narządu cierpieniem tkniętego, obejmuje więc środki wchodzące w zakres leczenia miejscowego.

Pomiędzy środkami oddającemi niepospolite usługi przy tamowaniu krwotoków zasługuje na szczególne uwzględnienie: 1) spokój bezwzględny, a więc ułożenie w łóżku z poduszką pod krzyże, 2) zimno w postaci okładów zastósowanych na okolicę nerkową, a nawet brzuszną i międzykrocze. W niektórych przypadkach krwotoków pęcherzowych pomagają także zimne kąpiele nasiadowe z dodatkiem nawet kawałków lodu przez minut kilka lub też zimne lewatywy. Można również przestrzykiwać pęcherz zimną wodą, lecz w takim razie należy użyć kateteru Nélatona, a pęcherz powinien być wolny od skrzepów krwi. Jeżeli zaś pęcherz jest niemi wypełniony, a usuwanie ich napotyka na znaczne trudności, to najlepiéj nie próbować zakładania grubego metalowego cewnika i wydobywania skrzepów za jakąbądź cenę z pęcherza, gdyż krwotok tym sposobem tylko się zwiększa, a nie powinno się mieć zgoła żadnéj obawy, żeby musiało nastąpić zatrzymanie moczu.

Skrzepy wypełniające pęcherz tamują krew już to własnym uciskiem, już to pobudzaniem pęcherza do energiczniejszych skurczów. Po ustaniu krwotoku skrzepy się kurczą, wydzielają surowicę, oddzielają się od ścian pęcherza i zostawiają dosyć miejsca do odpływania moczu. Drażniąc ściany pęcherza na sposób ciał obcych wywołują nieżyt, a pod wpływem węglanu amonowego rozpadają się na masę drobno-ziarnistą i odpływają z moczem na zewnątrz. Jeżeli parcie na mocz jest bardzo bolesne, a obok tego chorzy moczu oddać nie mogą, to należy przed wydaleniem skrzepów z pęcherza zastrzyknąć morfin podskórnie. Thompson również odradza gwałtownego wydalenia skrzepów z pęcherza i dopuszcza go tylko w przypadkach rozpaczliwych.

Między lekami tamującemi krew należy się uznanie przedewszystkiem *Extr. Secalis cornuti* i ergotynowi.

Rp. Extr Secal. cornut. 6,00
Aq. Cinamomi 120,00
Mds. 3 łyżeczki dziennie
lub Extr Sec. cornut. 1,00
Pulv gummosi 2,00
Mfpulv. div. in dos. sex.
Co 3 godziny proszek.

Również są dogodne paryskie kęski zawierające po 0,2 Ergotynu Bonjeana. Można z nich użyć 10—12 w ciągu doby w przypadkach krwotoków znaczniejszych.

Jeszcze skuteczniejsze działanie rozwija ergotyn zastrzyknięty podskórnie, roztwór atoli powinien być czysty i przesączony.

Rp. 1) Extr. Secal. corn. aq.
Aq. destil. aa 5,00
3 r. dnia po $^1/_3$ strzyk. zw. Pravaza.
2) Extr Secal. cornut, 2,50
Spirit. vini dilut.
2 r. dnia po $^1/_2$—1 strzyk. Pravaza.
lub co najlepiéj
3) Extr Secal. corn. 3,00
Glycerini puri
Aq. destil aa 7,50
3 r. dnia po $^1/_2$ strzyk. Pravaza.

Bardzo dzielnemi środkami są także ałun i chlorek lub siarkan żelaza, ale w większych dawkach.

1) Aluminis crudi
Sacch. albi aā 3,00
Mfpulv. div. in dos. sex.
co godzina po 1 proszku.

2) Ferri sesquichlor. soluti 3,00
Aq. Cinamom. simpl. 100,00
MDS. Co godzina po łyżce.

3) Ferri sulfur. cryst.
Natri bicarbon. aā. 3,00
Extr Millefol. q. s. ut f. pil. 60.
3 r. dnia po 3 pigułki.

W razie niedokrewności można podać także ferrum oxydat. dialysat. 3 r. dnia po 10—15 kropli lub chinin po $^1/_2$—1 grm. dziennie.

Tannin., Plumb. acet, Ratanhia etc. nie działają tak skutecznie i obciążają bardzo żołądek.

Jeżeli krwotoki pęcherzowe trwają przez czas dłuższy, jak np. skutkiem raka kosmkowego, to można również próbować wstrzykiwań z azotanu srebr. lub półtorachlorku żelaza. (Nitr. arg. 0,10:200 aq; ferri sesquichlor 5,00:200 aq.)

Krwotoki powikłane skutkiem owrzodzeń nieżytowych lub szczelin w okolicy ujścia pęcherza ustępują przy użyciu narkotyków lub wstrzykiwań środków ściągających przez krótki cewnik do pęcherza. Najlepiéj używać rozczynów zynku lub alunu 2—10%, kwasu garbnikowego 1—2%, wstrzykiwać je raz dziennie i 50—100 cm. sześć. płynu przy lekkim nacisku wpierać przez część krokową do pęcherza; napowrót powinien płyn wracać drogą naturalną bez cewnika. W razie krwotoku z cewki pomagają okłady zimne, wstrzykiwania ściągające, a w końcu ucisk wywarty na cewkę przez założenie cewnika elastycznego angielskiego i skrawki przylepca zwyczajnego.

Najskuteczniejszą terapiją byłoby leczenie przyczynowe, dotąd jednak nie zawsze można z dobrym skutkiem tego wykonać. Bruns wyłuszczył nerkę skaleczoną, Simon dokonał podobnéj operacyi z powodu kamyków nerkowych, Wolkot, Kocher, Langhans z powodu raka i mięsaka; wszystkie niemal przypadki jednak zakończyły się nieszczęśliwie. Za to nacięcia rozszerzonéj miedniczki nerkowéj celem wydalenia kamieni nerkowych dokonane przez Simona zostały już kilkakrotnie pomyślnym uwieńczone skutkiem.

Legat, Covillard, Civiale, Pitha, Billroth i inni usuwali nowotwory pęcherza, szczególnie uszypułkowane, na drodze operacyjnéj; u kobiet rękoczyny te doznały wielkiego ułatwienia dzięki pomysłowi Simona rozszerzania cewki moczowéj. Kamienie i ciała obce muszą być wydalone według zasad chirurgii.

Kilka zajmujących szczegółów musiałem pominąć w mojém wyczerpującém sprawozdaniu, na jakie w zupełności zasłużyła praca niniejsza, do któréj szan. kolegów zajmujących się bliżéj działem tych nader ważnych cierpień odsyłam.

H. Nothnagel: **O zawrocie.**

Zawrotem nazywamy właściwe uczucie, którego cechą jest złudzenie o stosunku ciała własnego do przestrzeni, mające swe źródło w nieprawidłowém zadrażnieniu móżdżku a może i wzgórka czworaczego.

Uspasabia do zawrotu tak niedokrewność, jak i krwistość. Bezpośredniemi zaś przyczynami są najczęściéj zmiany i zboczenia chorobowe wśród czaszki, których zawrót bywa chwilowym lub trwałym przypadem. Wszystko, co wpływa niekorzystnie na krążenie krwi wśród czaszki, dać może powód do zawrotu, przyczém i o tém pamiętać należy, że płyn mózgordzeniowy prawdopodobnie także tu nie małą odgrywa rolę osobliwie przy nagłéj zmianie położenia ciała. Ztąd to zawrót liczy się do jednego z najstalszych przypadów najrozmaitszych zmian chorobowych mózgu, a co do pytania, czy ich miejsce wpływa szczególniéj na zawrót, to uczy doświadczenie, że lubo przy każdém umiejscowieniu zmiany chorobowéj wśród czaszki wystąpić może zawrót, dzieje się to przecież najłatwiéj i najmocniéj w zboczeniach chorobowych ścieśniających przestrzeń w tylném zagłębieniu czaszkowém osobliwie w móżdżku. Do téj to przyczyny odnieść należy zawrót poprzedzający niekiedy napady padaczkowe a nawet nierzadko stanowiący je wyłącznie. Natomiast nie można teraz jeszcze rozstrzygnąć, czy zawrót w chorobach gorączkowych jest skutkiem podniesionéj ciepłoty krwi czy przekrwienia mózgu. W chorobach zakaźnych prawdopodobnie sam czynnik chorobowy jest przyczyną zawrotu, za czém przemawiałby także zawrót towarzyszący otruciom osobliwie wyskokiem i tytoniem.

Do zboczeń w krążeniu krwi w czaszce odnieść należy niewątpliwie zawrót w chorobach serca, nerek a może i żołądka. Do zawrotu z przyczyny tkwiącéj w narzędziach zmysłowych liczymy zawrót towarzyszący porażeniom mięśniów ocznych i rozmaitym cierpieniom ucha. Do jakiéj gromady policzyć zawrót tak częsty u śledzienników, nie wiadomo.

Z tego wypada, że zawrót nie jest osobną wcale chorobą, lecz tylko przypadem zmian ostatecznie w mózgu.

Z przypadów towarzyszących lub następujących po zawrocie najważniejszemi są: utrata przytomności będąca prawie zawsze znakiem większéj zmiany anatomicznéj w mózgu, nudności i wymioty, które są skutkiem tego samego zboczenia, które wywołało zawrót.

Zawrót występuje albo przelotnie, napadami, albo też jest stałym a w takim razie nader dolegliwym przypadem.

Pod względem rozpoznania zasługuje na uwagę, że zawrotowi z przyczyny w żołądku towarzyszą przypady ze strony tego organu a zawrotowi w chorobie Menierowskiéj zboczenia podmiotowe i przedmiotowe ze strony narządu słuchowego. Rokowanie w zawrocie jest oczywiście bardzo rozmaite, bo zależy od przyczyny. Toż samo stosuje się w zupełności do terapii. (Ziemssens *Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. Supplement-Band.* 1878. pag. 185 — 202.) *D.*

Gowers: **O leczeniu osutki po bromku potasu arszenikiem.**

Gowers poleca na podstawie licznych przez siebie poczynionych doświadczeń w szpitalu londyńskim „dla porażonych i padaczkowych“ podawać arsen (najlepiéj w formie rozczynu Fowlera) w przypadkach osutki trądzikowéj, nie rzadko występującéj po dłuższém używaniu bromku potasu z upodobaniem na skórze twarzy. Zwykła forma osutki jest krostkowa; przedstawia się w postaci guzków, wyniosłych dość znacznie nad poziom skóry, opatrzonych na szczycie drobnym pęcherzykiem, wypełnionym zrazu cieczą surowiczą mętną, następnie cieczą ropiastą. Czasem występują większe krosty z ropieniem rozleglejszém, mogące się zlewać ze sobą. Osutka ta rozwija się po używaniu wszelkich przetworów bromu, jak bromku potasu, sodu i amonu, najchętniéj po zażywaniu tego ostatniego leku. Ilość arsenu potrzebna do usunięcia osutki jest różną u różnych osób, zależy również od formy osutki; najdzielniejszy jest wpływ arsenu na osutkę twarzy,

mniéj energiczny i powolniejszy na osutkę tułowia. W każdym razie zasługuje arsen wedle Gowersa na uwzględnienie przed wszelkiemi innemi lekami w tymże celu podawanemi, jak np. siarki lub siarczka wapniu. *(The Lancet June 15. 1878.)* *Dr. S. P.*

Wecker, Gałęzowski, Guéneau de Mussy: O działaniu duboisinu.

W styczniu br. uskutecznili Sydney Ringer i Tweedy doświadczenia fizyjologiczne nad wyciągiem téj rośliny, jak doniósł już Przegląd Lekarski w Nr. 12 z r.b. Weckerowi w Paryżu dostarczył Petit *(Pharmacie Miahle)* soli a mianowicie siarkanu obojętnego duboisinu. Środek ten stósował Wecker w zakładzie swoim i podaje, że jest silniejszym środkiem rozszerzającym źrenicę *(mydriaticum)* niż atropin i że w bardzo krótkim czasie po zadaniu poraża mięsień akomodacyjny zupełnie. Ztąd należałoby stósować duboisin tam gdzie 1) chcemy natychmiast porazić przyrząd akomodacyjny co chcąc uskutecznić trzeba jak wiadomo przez dłuższy czas zakrapłać atropin. 2) tam gdzie chorzy nie znoszą atropinu. W tych razach używano dotąd wyciągu tondery *(Extractum hyoscyami nigr.)*, gdyż alkaloidu z szaleju w stanie czystym dostać bardzo trudno. Wecker przytacza przypadek, gdzie z powodu szczególnotkliwości atropinu używać nie mógł. W innych razach atropin zbyt silno wywołuje podrażnienie spojówki. 3) Wreszcie należałoby używać duboisinu w celu przerwania przyczepin tęczówki tam, gdzie dzielność atropinu okazała się niedostateczną. (Dotąd nie udało się Weckerowi tym środkiem przerwać przyczepin, które atropinowi się oparły).

Siarkan obojętny duboisinu rozpuszcza się w wodzie, w wyskoku i tworzy kryształy. Bardzo piękne kryształy daje połączenie złota i chloru z alkaloidem, nie trudno więc będzie podać ilościową analizę tegoż. *(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde von Zehender. Mai 1878).*

Dr. E. Machek.

Gałęzowski doszedł również tego, że porażenie zwieracza źrenic i mięśnia akomodacyjnego po użyciu tego środka trwa w oczach zdrowych więcéj niż 8 dni, w oczach chorych skutek jest mniéj trwałym. Roczyn (1 : 20) tego środka działa tak samo silnie jak roczyn siarkanu atropinowego (1 : 10). Wyciąg wodny duboisii (1 : 20) nie drażni bynajmniéj spojówki, co bardzo często zdarza się przy użyciu atropinu i sprawia, że jego użycie staje się niekiedy niemożebném. Gałęzowski uważał powstawanie zapalenia spojówki, ectropium, złudzeń, majaczenia a nawet drgawek u dzieci po użyciu zakraplań atropinu. Duboisia nie wywołuje tego i dla tego można jéj używać z najlepszym skutkiem tam, gdzie używanie atropinu stało się z wyżéj wymienionych powodów niemożebném.

Guéneau de Mussy używał jéj w cierpieniach ocznych: w zapaleniu rogówki u pewnéj panny, gdzie nie można było używać ani atropinu ani daturynu więcéj niż przez jeden rok bez pogorszenia się zapalenia rogówki; duboisia objawy zapalne wstrzymywała bardzo łatwo; w pewnym przypadku zapalenia tęczówki i naczyniówki, gdzie wycięcie tęczówki nie przeszkodziło nowym następowym wybuchom zapalenia, a gdzie atropin pogarszał zapalenie, wstrzymała duboisia wszystkie objawy zapalne.

Ma ona sprowadzać także znaczne rozszerzenie żył siatkówki, czego nie robi atropin. Jeżeliby się to stwierdziło, byłaby nader cennym środkiem w leczeniu chorób głębi oka. *(Le mouvement médical* Nr. 14 i 15. 1878.) *P......i.*

Dr. Schenkl (w Pradze): **O zaniku siatkówki i nerwu wzrokowego po róży twarzowéj.**

Dotąd zapisanych jest w literaturze okulistycznéj 9 przypadków zaniku siatkówki i nerwu wzrokowego, który nastąpił po róży w twarzy. Jäger, Graefe, Pagenstecher i Hutchinson opisując swoje przypadki podają, że tylko wywiady wykazały, iż zanik poprzedziła róża. Z tego już powodu Förster w swoim podręczniku *(Allgemeinleiden und Veränderungen des Sehorgans)* mówi, że nie we wszystkich opisanych przypadkach róża jako przyczyna zaniku przyjętą być może. Tymczasem Lubiński spostrzegał zanik nerwu wzrokowego w przypadku, w którym widzieć mógł jeszcze zmiany na twarzy, które wywołała róża; Nettleship podaje, że u jednego chorego na różę w twarzy widział zapalenie siatkówki, u innego zapalenie siatkówki i naczyniówki z następnym zanikiem, a wreszcie Schenkl podaje swój przypadek, w którym zdaniem jego niewątpliwie zanik wywołany został przez różę, gdyż na twarzy i na wewnętrznych częściach oka były zmiany, które róża wywołała *(Symblepharon palp. inf., maculae corn.)*, nie można zaś było wykazać żadnych innych zmian chorobowych, któreby tłumaczyły zanik w oku, które przed miesiącem jeszcze zupełnie dobrze widziało. W każdym razie jest to jednak bardzo rzadko się zdarzająca przyczyna zaniku.

Właściwego przebiegu sprawy, która prowadzi do zaniku, nieznamy; z opisanych atoli przypadków pokazuje się, że nie zawsze tenże jest następstwem jednéj i téj saméj sprawy patologicznéj. Lubiński sądzi, że przyczyną jest zapalenie wszystkich tkanin i narządów oczodołu, w skutek czego nerw doznaje ucisku; następuje ostre choć krótko trwające zapalenie siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego z następnym zanikiem. Förster zaś sądzi, że tu sprawa zapalna wzdłuż pochew naczyń postępując, aż do tętnicy środkowéj nerwu wzrokowego dochodzi. Zdaje się jednak, że i inne sprawy patologiczne mogą tu odegrać rolę. Bardzo rychło postępujący zanik (Förster uważa tę okoliczność jako cechę zaniku po róży) domyślać się każe zatoru tętnicy nerwu wzrokowego, a zapewne i *Neuritis retrobulbaris* zanik wywołaćby mogła, chociaż w tym przypadku uwzględniając własności róży, raczej znacznego ropnia spodziewać się należało. Patologiczne okazy takich przypadków, których na razie brak zupełny, sprawę tę objaśnić tylko zdołają. *(Prager medicinische Wochenschrift* 1878. Nr. 23.) *Dr. E. Machek.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne IX. z dnia 1go maja 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 24.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. Blumenstok zdał sprawę z czynności komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i wykazał niektóre braki i niedogodności wynikające z dotychczasowego sposobu postępowania tejże Komisyi. (Sprawozdanie to podajemy poniżéj. *Red.)* Po ożywionéj dyskusyi zgodzono się na wniosek mający na celu wybranie komisyi z pięciu członków, którąby,

rozważywszy sprawę, podała odpowiednie wnioski. W skład Komisyi weszli koll: Blumenstok, Grabowski, Kadyi, Obtułowicz, Oettinger.

3) Z kolei zabrał głos kol. Bylicki, opowiadając o przypadku chorobowym, spostrzeganym w klinice ginekologicznéj prof. Madurowicza a operowanym przez prof. Bryka, który go téż wkrótce obszernie opisze w „*Wiener med. Wochenschrift.*“ Rozchodziło się mianowicie o przepuklinę pachwinową, w któréj znajdowała się macica z obu jajnikami i trąbkami *(Hystero-Ovariocele inguinalis)*, a która przez radykalną operacyję usuniętą została. Części rodne kobiece, mianowicie macica, jajniki i trąbki pojawiają się nader rzadko w przepuklinach nabytych, z powodu niskiego swego umieszczenia, ograniczonéj ruchomości i niepodatnéj ścięgnistéj podstawy, tworzącéj dno małéj miednicy. Nierównie częstsze niż maciczne, przepukliny jajnikowe bywają zazwyczaj wrodzone, i mogą dostać się wszystkiemi drogami właściwemi przepuklinom jelitowym do pochwy lub przed części rodne, mianowicie przez kanały pachwinowe i udowe, otwory owalne, wycięcia kulszowe większe, przez pępek, lub po rozdzieleniu włókien powięzi miednicznéj. Z tych wszystkich wymienionych przepuklin jajnikowych mogą być nabyte tylko pachwinowe i udowe, inne bywają wrodzone. Wrodzone przepukliny pachwinowe występują zazwyczaj po obu stronach przez otwarty u płodu *processus vaginalis peritonei*, podobnie jak zstępowanie jąder. Nabyte przepukliny jajników, pachwinowe i udowe, powstają w obec istniejących już poprzednio odpowiednich przepuklin kiszkowych w czasie połogu, gdzie w wiotkości naturalnych otworów brzusznych, w wzniesieniu się jajników wraz z powiększoną macicą do potrzebnéj wysokości i w znacznéj wiotkości więzadeł dane są koniecznie warunki do ich powstania. Zdaniem prelegenta nie da się zaprzeczyć, iż jajnik, który raz się dostanie do worka przepuklinowego, może przy sprzyjających okolicznościach powrócić do jamy brzusznéj, być zatém chwilowym tylko mieszkańcem przepukliny. Gdy się jednak powrót jego opóźni, a zwiotczałe w połogu ściany brzuszne i ich otwory powrócą do jędrności, to jajnik stale pozostać może uwięzionym w worku przepuklinowym, w towarzystwie swojéj trąbki lub w rzadkich przypadkach bez niéj, jeżeli *ala vespertilionis* przez napięcie znacznie się wydłuży. Rozpoznanie obecności jajnika w worku przepuklinowym nie podlega trudnościom, cechujący bowiem kształt jajnika, wielkość, gładka powierzchnia, ruchomość, zbitość, bolesność przy ucisku, a szczególnie obrzmienie znaczne w czasie regularności dozwalają odróżnienia od gruczołu obrzmiałego lub kału w kiszce Leczenie byłoby wskazaném tylko wówczas, gdyby wskazania ze strony przepukliny kiszkowéj nakazywały operacyję do jéj usunięcia. Trudniejszém do wytłumaczenia jest nader rzadkie wejście macicy do worka przepuklinowego, a uspasabiające przyczyny są następujące: 1) istniejąca już przepuklina pachwinowa lub udowa, 2) istniejąca już przepuklina jajnikowa, która jest nicią nadającą macicy kierunek ku bramie przepuklinowéj; macica bowiem pociągana przez uwięziony jajnik przybiera ukośne położenie, jak to stwierdzili Billard i Englisch w przepuklinach pachwinowych, a Kiwisch w przepuklinie jajnika przez otwór owalny, 3) połóg usposabiający przez zwiotczenie i rozszerzenie dróg przepuklinowych, przez węższe położenie i zmniejszoną zbitość macicy, wreszcie przez znaczne zwiotczenie szyi macicznéj, sklepień i więzadeł, 4) zadziałanie silne, gwałtowne tłoczni brzusznéj w obec położenia macicy sprzyjającego stale lub chwilowo, względem bramy przepuklinowéj. Macica wtłoczona raz znaczną siłą pociągnąć za sobą może drugi jajnik, i pozostawać już stale treścią worka przepuklinowego, z którego odprowadzić się nie da. Przypadki odnośne nader są skąpe w literaturze, a większa część ich spostrzegana nadto na stole sekcyjnym, jak przypadki przepukliny udowéj Lallemanta, Cloqueta, Boivina i Dugesa i przepukliny pachwinowéj Mareta, Choparta, Lallemanta i Cruveilhiera. Niekorzyści z dostania się macicy w przepuklinę są bardzo znaczne, a mianowicie: przepuklina kiszkowa, poprzednio wolna, może być uwięzgniętą, lub stać się nieruchomą, (H. non libera.) Macica, jako organ niepodatny, a jajniki tak czułe na ucisk uniemożebniają zakładanie stósownéj opaski; znaczne napięcie i pociąganie staje się powodem nieznośnych bólów; co najważniejsza wreszcie, że u kobiet, które nie wyszły jeszcze z okresu płodzenia może nastąpić ciąża, która w razie zaniedbania skończyć się musi cięciem cesarskiém. Wszystkie te względy, a mianowicie ostatni zmusiły proff. Madurowicza i Bryka do podjęcia radykalnéj operacyi w przypadku następującym: Józefa Mroczkowska l. 39 licząca, zamężna, rodem z Krakowa, rodziła 5 razy. Porody były ciężkie, a po drugim porodzie przed 7 laty spostrzegła przepuklinę pachwinową prawą wielkości jaja kurzego wolną, która przy każdym następnym porodzie znacznie się zwiększała, dawała się jednak zawsze odprowadzić, a chora używała peloty z porady lekarskiéj. Stan taki trwał do ostatniego porodu tj. do dnia 19 września 1877. W czasie tego porodu chora nie miała paska, a rodziła położeniem płodu poprzeczném, które po długich manipulacyjach akuszerki zamienione zostało na położenie nóżkowe obrotem. W połogu leżała dni 8 tylko, cały czas bez paska, a po opuszczeniu łóżka odprowadziła przepuklinę i założyła pasek; nie może jednak podać czy podówczas znajdowało się w przepuklinie ciałko jakie podobne do jajnika. W miesiąc po porodzie d. 20 października mając na sobie pasek wykręcała ze służącą prześcieradło z użyciem znacznéj siły i wówczas poczuła wyśliźnięcie się pod pelotę znacznéj ilości trzew, połączone uczuciem z bardzo znacznego bólu w krzyżach i nagłego osłabienia *(shok)*. Od téj chwili podaje chora, że przepukliny nigdy już całkowicie odprowadzić nie mogła, a w worku przepuklinowym poczuła guz twardy, który już nigdy odprowadzić się nie dał, a przy dotykaniu nie był bolesnym. Bóle jednak w krzyżach, uczucie jakby pociągania za żołądek i nudności zmuszały chorą do leżenia w łóżku, a do kliniki zgłosiła się d. 16 grudnia 1877 z następującym stanem obecnym. Osoba dobrego wzrostu, dobrze odżywiona, okazuje w prawéj pachwinie znaczny obrzęk schodzący do większéj połowy wargi sromnéj prawéj w długości 28 cm. a w największéj szerokości w pachwinie 20 cm. Skóra pokrywająca nie zmieniona, na powierzchni wewnętrznéj cieńsza, odpowiednio wewnętrznéj powierzchni wargi wielkiéj. Obrzęk ten w dolnéj połowie miękki zupełnie wykazuje odgłos bębenkowy jawny, w górnéj połowie zajęty przez ciało twarde, wielkości nieco powiększonéj macicy, zwężające się ku pierścieniowi pachwinowemu, którego dalszy ciąg w kanale pachwinowym palcem da się obejść. Od ciała tego ku dołowi czuć ciało okrągłe wielkości migdała, bolesne przy ucisku, odpowiadające jajnikowi. Idąc ku górze napotyka się ciało postronkowate i drugi jajnik trudniéj poszukalny. Badanie przez pochwę wykazuje część pochwową dłuższą po stronie prawéj, warga przodkowa obrzmiała, więcéj wydłużona, tylna bardzo krótka przechodzi prawie w sklepienie. Część pochwowa i szpara ujścia ukośnie ustawiona. Przy poruszaniu dna macicy na boki porusza się część pochwowa bardzo mało, zapewne skutkiem znacznego wyciągnięcia szyi macicznéj. Idąc palcem przez przodkowe sklepienie wzdłuż wydłużonéj szyi macicznéj wchodzi palec do pierścienia pachwinowego i daje się drugą ręką zewnętrznie wybadać. Dnia 10 stycznia przystąpił prof. Madurowicz do odprowadzenia przepukliny macicznéj po głębokiém zachloroformowaniu choréj, gdyż jakkolwiek redukcyja macicy nie udaje się w podobnych przypadkach, nie można było niepróbować jéj. Gdy usiłowania odprowadzenia zwykłym sposobem przez wgniatanie macicy do otworu przepuklinowego nie powiodły się, próbowano równocześnie pociągać macicę od pochwy w kierunku ku dołowi i tyłowi ostremi kleszczykami, a gdy się i to okazało bezskuteczném, odstąpiono od dalszych prób. W następnych dniach mocny odpływ krwi z macicy powstrzymany został tamponadą. Dnia 23 stycznia pojawiła się regularność, trwająca 2 dni, przyczém można było stwierdzić znaczny obrzęk szczególnie dolnego jajnika, który w 3 dni ustąpił. Zaproszony do narady prof. Bryk uznał również potrzebę odprowadzenia macicy przez herniotomiję i postanowił wykonać operacyję radykalną z wycięciem całego worka przepuklinowego i zeszyciem bramy przepuklinowéj; jakoż przystąpił do operacyi w d. 12 lutego br., i wykonał ją pod pyłem karbolowym. Po rozcięciu worka przepuklinowego nie znaleziono w nim żadnéj pętli kiszkowéj, tylko macicę na dół nachyloną, tak że tylna jéj powierzchnia zwróconą była ku przodowi i górze, również oba jajniki, na lewym hidatyda i obie trąbki. Prawe lig. latum przyrośnięte do szyi przepuklinowéj, jak również szypułkę hidatydy przecięto po podwójném podwiązaniu katgutem, rozszerzono bramę przepuklinową i odprowadzono macicę. Następnie wycięto cały worek przepuklinowy, zeszyto otwór pachwinowy, następnie ranę skórną po zaprowadzeniu drenów. Opatrunek listrowski. Dalszy przebieg prócz wygórowanego nikłego tętna w pierwszych 2

dniach po operacyi i wymiotów nie przedstawiał żadnych zaburzeń w stanie ogólnym. Miejscowo można było wyśledzić powiększającą się wypocinę stałą po stronie prawéj nad pachwiną, dochodzącą do równi z liniją poprzeczną pępkową. Wypocina ta ustąpiła późniéj zupełnie w bardzo krótkim czasie. Rana cała pokryta czystemi lecz wiotkiemi i płaskiemi granulacyjami nie okazywała dążności do rychłego zagojenia się, a rozdęta poprzednio skóra wargi sromowéj prawéj wisiała w fałdach. Prof. Bryk postanowił przeto odświeżyć brzegi wycięciem znacznéj części skóry dla przyspieszenia zrostu i ze względów kosmetycznych, jednak w obawie, aby tak znakomity wynik operacyi względami mniejszéj wagi nie został przypadkowo zniweczonym, ograniczył się tylko do odświeżenia brzegów i zeszycia ich dnia 14 marca, poczém rana zrosła się bez żadnéj reakcyi. Pacyjentka uzdrowiona zupełnie opuściła klinikę w dniu 13 kwietnia, po założeniu dla ostrożności peloty o słabéj sprężynie, aby pod silniejszym uciskiem blizna nie ścieńczała.—W dyskusyi kol. Warschauerowi, który zapytuje się, czy przy pociąganiu za część pochwową macicy, takowa nie została zranioną? odpowiada prelegent, że część pochwowa macicy znosi podobne urazy bez znaczniejszego oddziaływania; narzędzia użyte tym razem były zmodyfikowane przez prof. Madurowicza kleszczyki Luera. Kol. Obaliński zwraca uwagę na świetny rezultat téj operacyi; rana była ogromnych rozmiarów; sama przepuklina była wielkości dwóch pięści, po przecięciu zaś skóry i jéj założeniu rana przedstawiała objętość 1 stopy kwadrat. Dodać wypada, że cała operacyja była wykonaną przy użyciu mgły karbolowéj ciepłéj. która ma tę zaletę, że przy otwarciu jamy brzusznéj nie pada prąd zimny, ale ciepły, że zatém rany nie oziębia. Operacyje radykalne, o które się w pierwszéj połowie stulecia kuszono, do swéj doskonałości doszły dopiero w drugiéj połowie, tak że możemy już bez niebezpieczeństwa je wykonywać; cieszyć się wypada, że i nasze miasto przyczyniło się do powiększenia téj liczby przypadków przepukliny, których literatura zaledwie kilkanaście posiada. Prelegent namienia dodatkowo, że opisany przypadek radykalnéj operacyi przepukliny pachwinowéj, w któréj znajdowała się macica, jest pierwszym w literaturze. Kol. Domański zapytuje się, czy po operacyi nie spostrzegano przypadów nerwowych? Kol. Bylicki odpowiada, że w znanych mu z literatury przypadkach nie znalazł o tém wzmianki, a w opowiedzianym pojawiły się silne bóle w krzyżach, uczucie ciągnięcia za żołądek i nudności. Kol. Obaliński wspomina o kilkunastu przypadkach ogłoszonych przez Schedego w Berlinie, z których się okazało, że nawet stare, długotrwałe przepukliny mogą być odprowadzone; w przypadkach zaś w których niemożliwe było założenie opaski, nosili chorzy prawie jakby ewentracyję przed sobą a że byli to ludzie pracy, poddali się więc operacyi. W przypadkach tych jakkolwiek jelita były zrośnięte z workiem przepuklinowym, oddzielano je, tak że część ta jelit zmienioną była w jednę wielką broczącą ranę, następnie zakładano opatrunek Listra, a wyniki były zupełnie pomyślne. Kol. Bylicki dodaje, że znaczne bardzo podniesienie się tętna, nikłość jego i wymioty w pierwszych dniach po operacyi możnaby odnieść do zatrucia karbolowego; i wspomina o wzmiance Königa, uczynionéj w tym przedmiocie na tegorocznym kongresie chirurgów. Kol Kwaśnicki zapytuje się prelegenta, czy podniesienia tętna nie należy odnieść raczéj do zadrażnienia nerwu współczulnego, wskutku operacyi w zakresie działania tego nerwu, czy też rzeczywiście odnosi się to podniesienie tętna do otrucia kwasem karbolowym? Kol. Bylicki uważa pytanie to za zupełnie słuszne; trudno zapewne w przypadku tym stanowczo twierdzić, że opisane przypady nie odnosiły się do znacznego zadrażnienia otrzewnéj, jednakowoż nagłe prawie ustąpienie przypadów i brak bólów cechujących zapalenie otrzewnéj, dozwalają pierwszego przypuszczenia. Kol. Riedmüller dodaje, że podczas swego pobytu w klinice przez blizko 2 miesiące spostrzegał u siebie również podniesienie ciepłoty i tętna, mając mały ropień na szyi oparzywany sposobem Listera przy użyciu rozpylacza. Kol Obaliński powiada, że jakkolwiek kwas karbolowy ma rozległe użycie, są przypadki otrucia rzadkiemi; dziś o wiele rzadsze niż dawniéj, gdyż nauczono się już z tym środkiem obchodzić. Dawniej używano mocno nasyconych rozczynów kwasu karbolowego, dziś przeciwnie powszechnie używany jest rozczyn 2·5—3%, do mgły zaś 2%; w rzadkich tylko przypadkach używa się mocniejszego rozczynu, mianowicie do przemywania ran, czyszczenia narzędzi itp., dawniéj zatém powinny by się były zdaniem kol. Obalińskiego wydarzać otrucia daleko częściéj niż obecnie. Billroth zwrócił uwagę na tę okoliczność, że przypady otrucia powstają w tych przypadkach, gdzie się mocniejszego kwasu używa do mycia ran, w jamach zewsząd zamkniętych, że ztąd bywa niejako wpychany do naczyń limf. a ztąd do ogólnego obiegu krwi. I tak miał Billroth przypadek, w którym u młodéj 18-let. dziewczyny, znachodziło się na kości goleniowéj ognisko serowate; po usunięciu tego ogniska powstało następowo ropne zapalenie; wykonano punkcyję, ropę wypuszczano. przemyto ranę 5% rozczynem kwasu karbolowego i opatrzono sposobem Listera. W godzinę potém doznała chora silnego zawrotu głowy, straciła przytomność, a w pięć godzin po operacyi umarła. Nekroskopija wykazała obecność kwasu karbolowego w mózgu, nerkach, wątrobie, a nawet mięśnie były tym kwasem przesiąknięte i zbielałe. B. utrzymuje, że otrucie powstaje, jeżeli kwas karbol. zostaje wstrzyknięty do jam, i w tych niejako duszony i gnieciony dostaje się do naczyń limfat. a ztąd do krwi. Że mgła karbolowa, czy to wdychana, czy też działająca na odsłoniętą otrzewnę, przyczynia się do otrucia, to zdaje się nie ulegać kwestyi; sam doznaje operując czas dłuższy przy mgle karbolowéj, jakby odurzenia. Kol. Warschauer namienia, że przypadki otrucia kwasem karbolowym dawniéj były dość częste. Epstein, który podawał kw. karbol. w moczówce, sprowadzał często otrucie zamiast uleczenia. Kol. Janikowski tłumaczy kwestyję, iż dawniéj, pomimo więcéj zgęszczonych rozczynów mniej było przypadków otrucia w ten sposób, że zgęszczony rozczyn działa więcéj jako przyżegadło, więc nie może być tak łatwo zresorbowany jak rozczyn średniéj tęgości. Co do zadrażnienia szybszego otrzewnéj wystawionéj na działanie mgły karbolowéj, tłumaczy to własnością błon surowiczych, odznaczających się znaczną łatwością resorpcyi. Kol. Obtułowicz wspomina, że w klinice prof. Rosnera wstrzykiwano podskórnie silniejsze rozczyny, lecz przypadków otrucia nie było. Kol. Domański sądzi, że byłoby rzeczą chirurgów badać swój mocz w jakiś czas po operacyi; wiadomą jest bowiem rzeczą, że drogami oddechowemi dostają się takie pierwiastki bardzo rychło do krwi.

4) Po zakończeniu dyskusyi okazał kol. Bylicki stół Bozemana do operowania przetoki pęcherzykowo-pochwowéj.

Dr. Wurst.

Sprawozdanie z czynności Komisyi wyznaczonéj przez Tow lek. krak. celem podania wyciągów do rocznika Virchowa i Hirscha z prac lekarskich polskich w r. 1877 ogłoszonych.

Przewodniczącym komisyi był kol. prof. Oettinger, który jak w poprzednich latach podpisanym będzie na wszystkich wyciągach; obowiązki sekretarza pełnił kol. Dr. Skobel.

Na termin oznaczony komisyja wygotowała i przesłała wyciągów 164. Autorowie, których prace w wyciągu podano, są następujący:

Balneologiczna komisyja, Blatteis, Blumenstok 7, Brodowski 2, Buszek 2, Bylicki, Cięglewicz 2, Dębczyński, Dobrzycki, Downar, Dunin, Dymnicki, Erlicki, Feigel 6, Friedberg, Fudakowski, Gepner, Goebel, Goldhaber, Gorbski, Hering, Hoff, Humiecki, Janikowski 2, Jarnatowski, Jodko 2, Jordan, Jurasz, Kaczorowski 3, Kapuściński 2, Klinik 2, Köhler 2, Kopernicki, Korczyński, Kosiński, Kosmowski, Kowalski, Kramsztyk 2, Kremer, Krówczyński 5, Krzykowski, Kwaśnicki, Lachowicz 2, Laskiewicz 2, Lorentski, Lutostański 2, Mahl 4, Markiewicz 5, Mayzel, Merunowicz, Mieczkowski, Mierzejewski, Modrzejowski, Nawrocki, Nowicki, Obaliński, Obtułowicz 4, Orłowski 3, Pawlikowski 2, Perkowski, Piramowicz, Radziszewski, Rasp 2, Reifer 2, Rieger, Rothe 2, Rychlicki, Rydygier 3, S. J., Sawicki, Ściborowski 2, Sérkowski, Skobel, Skowroński, Skórczewski 4, Skórkowski, Sokołowski, Stankiewicz, Stoll, Strawiński, Świderski, Świeżowski, Szczepański, Szeparowicz 7, Sznabel, Szokalski 4, Sztampke, Studzieniecki, Trembecki, Waszak, Weisberg, Widmann, Wiktor, Wiszniewski, Wurst 5, Zalewski, Zarewicz, Zawilski, Zieleniewski, Zielewicz, Żuliński.

Uwaga. Cyfra obok niektórych nazwisk umieszczona oznacza liczbę prac autora.
Kraków, d. 1 maja 1878 r. *L. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** dn. 4 lipca. Dowiadujemy się, że wydział lek. Uniw. Jagiell. uchwalił przedstawić docenta prywatnego i zastępcę prof. Dra Tadeusza Browicza na zwyczajnego profesora anatomii patologicznéj.

* W Cieplicach czeskich do d. 26 czerwca bawiło gości 4092, a w Krynicy do d. 23 czerwca gości 144.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 25 (od 16 — 22 czerwca) umarło w Krakowie osób 37; 22 mężczyzn i 15 kobiet; 17 osób umarło w obwodach i 20 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 34·3.

* **Berlin.** Rząd niemiecki wyznaczył komisyję, mającą obradować nad projektami rządowemi tyczącemi się rewizyi przepisów co do egzaminów lekarskich. Do komisyi téj powołani zostali proff. zwyczajni: Hirsch (w Berlinie), Binz (w Bonnie), Voit (w Monachijum), Jürgensen (w Tybindze); proff. nadzwyczajni: Lewin (w Berlinie), Bockendahl (w Kielu), Rüdinger (w Monachijum), Hofmann (w Lipsku), oraz docent Fürbringer (w Heidelbergu); lekarze praktyczni: Löwe (poseł, z Calbe), Zinn (poseł, z Eberswalde), Roth (w Dreznie), Hölder (w Sztutgarcie), Pfeiffer (w Darmsztadzie), Flemming (w Szwerynie), Pfeiffer (w Weimarze), Vix (w Metzu).

* **Paryż.** Dekretem prezydenta Rzeczypospolitéj z dn. 16 czerwca r. b. urządzony został w Bordeaux mięszany wydział lekarsko-farmaceutyczny, mieszczący w sobie 21 katedr, oraz zamianowani zostali profesorowie na te katedry.

* Sędziami-znawcami w XIV klasie wystawy powszechnéj (dla medycyny i higijeny) zamianowani zostali: Lister (z Anglii), Evans (z Ameryki półn.), Bertani (z Włoch), Alb. Vogt (z Szwajcaryi), Hairion (z Belgii), z Francyi zaś: Béclard, Le Fort, Trélat i Vulpian.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. położnictwa w szkole dla akuszerek w Zagrzebiu Dr. A. Lobmayer mianowany został referentem spraw lekarskich przy namiestnictwie chorwackiém. — Prof. położnictwa Streng wybrany został rektorem uniwersytetu praskiego na rok przyszły. — Potwierdzeni zostali przez ministerstwo Drowie Jan Chiari i Fridolin Schlangenhausen, pierwszy jako docent anatomii patologicznéj we Wiedniu, drugi jako docent psychijatryi i psychopatologii sądowéj w Insbruku. — Dr. Franciszek Müller, prof. w zakładzie wojskowo-weterynarskim we Wiedniu otrzymał tytuł i charakter radzcy rządowego. — Dr. Kirn, dawniéj lekarz w Illenau, habilitował się w Fryburgu jako docent psychijatryi.

* **Nekrologija.** W Cholet *(depart Maire et Loire)* we Francyi umarł Dr. Maurycy Gasztowt, lekarz praktyczny i autor rozprawy o cholerze. — W Strassburgu † Dr. Karol Henryk Ehrmann, b. dziekan honorowy b. wydziału lek. tamecznego w 86 roku życia. — W Bordeaux † Dr. Labat, mianowany właśnie prof. położnictwa w nowo urządzonym wydziale lekarsko-farmaceutycznym.

Redakcyja otrzymała:
Dra Franc. ORŁOWSKIEGO (w Warszawie): O chorobach wenerycznych i syfilitycznych w północnéj Azyi. (Osobne odbicie z Pamiętnika T. L. W.) Warszawa 1877 in 8vo str. 108.

Szan. Kolegów, którym prenumerata ukończyła się z d. 1 bm., upraszamy o rychłe nadesłanie prenumeraty dalszéj, celem uniknięcia przerwy w przesyłce.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraznego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 13 Lipca 1878. № 28. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

Korzystając ze stosunkowo dość licznego materyjału klinicznego, na którym oprzeć mogłem doświadczenia przeprowadzone z środkami zachwalanemi w czasach ostatnich przy leczeniu kiły, pospieszam podzielić się z szan. kolegami z memi uwagami i wnioskami, a to tém bardziéj, że rozprawka niniejsza stanowić będzie dokończenie do pracy dawniéj już, bo przed 1½ rokiem ogłoszonéj w październikowych numerach naszego czasopisma. (Patrz Przegląd Lekarski 1876. Nr. 43, 44, 45 i 46). Wówczas nakreśliwszy pokrótce w chronologicznym porządku szereg środków, jakie począwszy od r. 1857, tj. od czasów Aleksandra Wooda, w ostatnich dwóch dziesiątkach lat zalecono do wstrzykiwań podskórnych celem leczenia tego tak przykrego cierpienia, jakiém jest kiła, poświęciłem głównie uwagę swą dwom środkom zalecanym gorąco przez największe powagi naukowe tj. sinkowi rtęciowemu i białkanowi rtęci, popierając moich kilka uwag wcale nie licznemi, chociaż przyznać się ośmielam, że doborowemi spostrzeżeniami klinicznemi. Dzisiaj, kiedy kazuistyka moja na tém polu znacznie się wzbogaciła, gdyż od lat dwóch zajmuje ciągle moją uwagę umiejętne wyzyskanie materyjału tak klinicznego, jak i prywatnego pod względem zastósowania wstrzykiwań podskórnych do zwalczenia jadu kiłowego, śmieléj mogę wypowiedzieć moje zdanie co do wartości środków terapeutycznych, zachwalanych przez różnych specyjalistów w czasach ostatnich, jakotéż prędzéj spodziewać się mogę, że me uwagi krytyczne trafią do przekonania szanownych czytelników.

Co do środków przedewszystkiém, z jakiemi przeprowadziłem szereg cały badań na polu terapii kiły, to poczet ich nie jest wcale liczny, obejmuje bowiem głównie tylko środek wprowadzony w praktykę lekarską i nader zachwalany przez Bambergera, tj. białkan rtęciowy w różnych jego odcieniach i ulepszeniach znanych pod nazwą peptonów rtęciowych, następnie peptony jodowo-rtęciowe zrobione przezemnie w pracowni prof. Stopczańskiego, a wreszcie sublimat z solą kuchenną zalecany przez Sterna (1870), Profeta (1872) i Gschirhakla, który na oddz. prof. Redera (*Wiener med. Wochenschr.* Nr. 10), używał go z rezultatem nader pomyślnym. Kazuistyka moja służąc za podstawę do ocenienia działania środków co dopiero wspomnianych obejmuje blisko sto przypadków, a ponieważ od chwili rozpoczęcia moich badań ubiegają w tym miesiącu (marzec) już dwa lata, miałem przeto niejednokrotną sposobność widzenia obrazu kiły odnawiającéj się po zastósowaniu leczenia za pomocą środków wstrzykiwanych podskórnie, mogłem więc tém trafniéj ocenić dzielność ich terapeutyczną i wpływ na cierpienie, którego objawy i którego istota długo jeszcze zaprzątać będą umysły znakomitych badaczy na polu syfilidologii.

1.

Największa ilość przypadków kiły świéżéj, w ciągu dwóch lat ostatnich przyjętych na klinikę prof. Rosnera, była leczoną za pomocą pierwszego ze wspomnianych przetworów rtęciowych tj. za pomocą białkanu rtęciowego w pierwotnéj postaci, w jakiéj Bamberger dał go poznać światu uczonemu stwarzając dlań niezwykły rozgłos. Liczba przypadków tym przetworem leczonych tak w zakresie praktyki szpitalnéj, jak i prywatnéj wynosi przeszło 50, stanowi więc cyfrę aż nadto dostateczną, aby w ciągu dłuższego czasu wyrobić sobie dokładne zdanie o zaletach i wadach tego środka leczniczego; zwłaszcza, że przy przeprowadzaniu mych zabiegów terapeutycznych doznawałem zawsze łaskawego wsparcia ze strony mego profesora nieszczędzącego swych rad i trafnych zapatrywań opartych na długoletniém doświadczeniu.

Zanim atoli szczegółowo zastanowię się nad wpływem białkanu rtęciowego na zmiany chorobowe przez kiłę wywołane, chcę choć pokrótce omówić własności tego przetworu, dodając kilka uwag praktycznych pod względem techniki wstrzykiwań podskórnych.

Białkan rtęciowy wstrzykiwałem chorym zazwyczaj w ilości jednego gramu na dawkę, biorąc rozczyn tego rodzaju, aby w jednym gramie płynu mieścił się 1 centigram sublimatu połączonego z białkiem, a rozpuszczonego w soli kuchennéj.

Rp. Albuminis ovorum aq. destill. (1 : 4) diluti et filtrati 60,00
Sublimati corros. in aq. destill. (5 : 100) soluti 20,00
Natri chlorati in aq. destill. (20 : 100) soluti 20,00
M. filtra S. Białkan rtęciowy do wstrzykiwań podskórnych.

Przetwór ten świeżo zrobiony jest niemal zupełnie przezroczysty, lekko tylko opalizujący, oddziaływa obojętnie, a w tym stanie wstrzyknięty podskórnie szczególniéj w okolicę niezbyt bogato zaopatrzoną w gałązki końcowe nerwów czuciowych, jak np. w grzbiet, nie sprawia ani znaczniejszego bólu chorym, ani też znaczniejszego zapalenia tkanki łącznéj podskórnéj występującego pod postacią nacieku; nadaje się przeto najbardziéj może ze wszystkich dotąd znanych przetworów rtęciowych zastrzykiwanych podskórnie tak do praktyki szpitalnéj, jak i prywatnéj, jednakowoż pod tym tylko warunkiem, jeżeli mamy do leczenia znaczniejszą ilość chorych i codziennie nienagannym, świeżo zrobionym przetworem rozporządzać jesteśmy w stanie. Inaczéj rzecz się ma jednakże, jeżeli ilość chorych leczonych tym sposobem jest szczupłą lub ogranicza się zgoła do jednostek; w takim razie trudności w zastósowaniu leczniczém białkanu rtęciowego wzmagają się widocznie i występuje na jaw najważniejsza strona ujemna tego przetworu tj. niestałość połączenia. Zarzut spotykający białkan rtęciowy z tego punktu widzenia jest tém cięższym, że w parze z nim chodzi także drogość przetworu i łatwe do zrozumienia rozliczne inne przeszkody w codziennem jego użyciu. Przetwór bowiem wspomniany po 2 — 3 dniach mąci się, zawierając drobne kłaczki strąconego z rozczynu białkanu rtęciowego, tak, że trzeba go przesączać, co zawsze zabiera dużo czasu, a nadto skład przetworu po przesączeniu zwłaszcza kilkakrotnem jest już odmienny od pierwotnego pod względem ilościowym, staje się bowiem znacznie słabszym przez utratę właśnie co dopiero wspomnianych kłaczków nie będących niczém innem, jak tylko osadem białkanu rtęciowego. Jeżeli zaś przetwór mętny wstrzykniemy w tkankę podskórną chorego, to ból jest znaczny, a w następstwie wytwarza się także znaczny naciek podskórny, który wprawdzie nie przechodzi w ropienie, jeżeli tylko igłę strzykawki wprowadzi się ostrożnie i głęboko pod skórę, ale niepokoi chorego sprawiając mu pieczenie utrzymujące się nawet w kilka godzin jeszcze po wstrzyknięciu, przerywa mu sen, a wreszcie zniechęca chorych do tego sposobu leczenia, który niezaprzeczenie ma bardzo wielkie zalety. Pominąwszy już bowiem stronę umiejętną leczenia za pomocą wstrzykiwań podskórnych: ściśle oznaczoną dawkę leku wprowadzanego do ustroju i szybkość dostania się tegoż do soków organizmu, a przez naczynia chłonnicze do krwi i bezpośrednie oddziaływanie tą drogą na jad kiłowy czy to w postaci fermentu, czy też w inny sposób zatruwający cały ustrój, to najważniejszą zaletą wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęciowych stanowi: łatwość przeprowadzenia kuracyi i nie przeszkadzanie choremu w codziennych jego zajęciach, następnie możebność zadawanie choremu równocześnie na wewnątrz innych leków np. wzmacniających, jakoto żelaza, chininu, bez obciążania funkcyi żołądka przetworami tak drażniącemi błonę jego śluzową, jakiemi są właśnie preparaty rtęciowe; możebność usuwania kiły nawet w przypadkach nieżytów przewodu pokarmowego lub cierpień skórnych, a wreszcie nadzwyczaj cenna zaleta tak w praktyce szpitalnéj jak i prywatnéj, tj. czystość tego sposobu lekowania w porównaniu z wcieraniami szaruchy, a ztąd znaczna także w ogóle taniość kuracyi.

Do wstrzykiwań używałem strzykawki Pravaza sprowadzonéj z fabryki berlińskiéj Windlera (6 zlr. na składzie u Witoszyńskiego w Krakowie), obejmującéj $1\frac{1}{2}$ grm. płynu i posiadającéj tę zaletę, iż zaopatrzoną jest w szkło grube, które nie tak łatwo pęka, jak w powszechnie używanych małych (1 gramowych) strzykawkach Pravaza, a tłoczek jéj metalowy na czarno pokostowany nie śniedzieje i nie kruszy się przewyższając pod tym względem tak strzykawki metalowe, jak i kauczukowe. Inne dodatki są zrobione z twardego kauczuku, igiełki zaś bardzo ostre i cieniuchne ze stali, przez co z nadzwyczajną łatwością wnikają w tkankę podskórną nie sprawiając żadnego bólu chorym. Wielką jednak trudność sprawiało mi z początku konserwowanie igiełek stalowych; przetwory rtęciowe bowiem nadzwyczaj prędko niszczą cienkie zwłaszcza igiełki amalgamując je i zapychając wkrótce ich światło, a wreszcie nadżerając stal, przez co igiełki nader łatwo się kruszą rdzewiejąc w środku. Na drodze dopiero doświadczenia doszedłem do praktycznego sposobu konserwowania igiełek stalowych, który szan. czytelnikom ze względów nader praktycznych gorąco polecić mogę, zwłaszcza jeżeli się zauważy, jak drogiemi są igiełki (po 80 ct.) i jak często się łamią zwłaszcza przy znaczniejszéj liczbie chorych leczonych za pomocą wstrzykiwań przetworów rtęciowych. Przed użyciem strzykawki Pravaza przestrzykuję ją wodą letnią z dodatkiem kwasu karbolowego 5%, następnie z flaszeczki dołączonéj w pudełku do strzykawki a napełnionéj przetworem rtęciowym wciągam tenże do strzykawki, po napełnieniu jéj nasadzam igiełkę, wypędzam powietrze, koniec igiełki maczam w oliwie i dopiero ująwszy dobrze fałd skóry zazwyczaj na grzbiecie koło kręgosłupa lub w linii pachowéj wbijam głęboko igłę pod skórę w kierunku osi podłużnéj fałdu, poczém wstrzykuję, cofając zwolna igiełkę, płyn zawarty w strzykawce ($\frac{2}{3}$ strzykawki z $1\frac{1}{2}$ gramowéj). Po dokonaniu tego drobnego, acz ważnego rękoczynu wyjmuje się igiełkę szybko z pod skóry, miejsce nakłucia zalepia się kawałkiem plastru zwyczajnego i miejsce zastrzyknięcia muska ręką delikatnie celem lepszego rozprowadzenia płynu pod skórą. Strzykawki z igiełką nasadzoną przestrzykuje się rozczynem 5% kwasu karbolowego, w końcu zaś wciąga się ostrożnie nieco oliwy karbolowéj (5%) uważając, aby koniec igiełki się nie skrzywił lub nie stępił. Tym sposobem namaszcza się wnętrze igiełki oliwą karbolową, która z jednéj strony dopełnia desinfekcyi narzędzia, z drugiéj zaś chroni je od rdzewienia. Tłoczek strzykawki zetknąwszy się z odrobinką oliwy również nie zsycha się i wypełnia zawsze szczelnie rurkę szklanną. Konserwując w ten sposób igiełki dopiąłem znacznéj oszczędności, bo uniknąłem częstego łamania się igieł, a niektóre mi nawet na pół roku wystarczyły przy codziennem ich użyciu nieraz nawet po kilkanaście razy. Nadto przestrzeganie takich ostrożności ma jeszcze tę doniosłość, że w razie możebnego zakłucia się igłą przy wstrzykiwaniach nie należy się wcale obawiać zaszcze-

pienia sobie jadu kiłowego, a jest rzeczą nader łatwą do pojęcia, że nawet myśl o podobnéj ewentualności może nad zwyczaj zaniepokoić lekarza, który dotąd szczęśliwie uniknął niezbyt przyjemnych darów Wenery. Szan. czytelnicy darują mi zbyt może drobiazgowe przepisy co dopiero przytoczone, tak co do konserwowania strzykawki, jakoteż co do saméj techniki wstrzykiwań, lecz codzienne doświadczenie poucza mnie o ich trafności, przedewszystkiém zaś ta okoliczność, że kierując się powyżéj skreślonemi zasadami pomimo kilku tysięcy wstrzykiwań różnych przetworów rtęciowych, nawet czystego sublimatu, nigdy nie widziałem ropienia w miejscu zastrzyknięcia, podczas kiedy uczniowie robiący pierwsze postępy na polu techniki wstrzykiwań nieraz już przez niedość głębokie i zręczne wstrzyknięcie nawet łagodnych przetworów rtęciowych wywołali powierzchowne zestrupienie czyli tak zwaną zgorzel suchą skóry w miejscu przyswojenia leku ustrojowi. Podobnież wszyscy autorowie, szczególniéj zaś Lewin, nie mogą przy zestawieniu wyników swych cennych doświadczeń pominąć milczeniem omawianéj kwestyi i nie położyć dostatecznego nacisku na technikę należycie pojętą i wykończoną.

Co do okolicy skóry obranéj celem wstrzykiwań białkanu rtęciowego kierowałem się zawsze doświadczeniem już w dawniejszéj rozprawce wyłuszczoném. Tam to wykazałem, że wstrzykiwania białkanu rtęciowego w wewnętrzną powierzchnię ud sprowadziły nacieki podskórne przez kilka tygodni się utrzymujące i skłoniły mnie do obierania nadal tylko okolicy grzbietu, zwłaszcza zaś tuż po obu stronach kręgosłupa i linij pachowéj z ominięciem samych łopatek; w tych bowiem miejscach wstrzykiwania były najmniéj bolesne i najmniéj też stosunkowo przykrości chorym sprawiały przy wykonywaniu codziennego ich zajęcia. Osoby z tkanką tłuszczową miernie rozwiniętą znosiły wstrzykiwania najlepiéj, u osób nazbyt tłustych i zbyt chudych tworzyły się stosunkowo najznaczniejsze nacieki podskórne.

Po tych uwagach wstępnych przechodzę do szczegółowego zestawienia wyników, jakie otrzymałem stosując podskórnie wstrzykiwania białkanu rtęciowego w różnych okresach cierpienia kiłowego. I tak używałem téj metody leczenia już to zaraz po wystąpieniu wrzodu stwardniałego (w 13 przypadkach), już to w okresie świeżego wybuchu kiły wtórorzędnéj (w 27 przypadkach) lub też podczas pojawiania się objawów kiły powracającéj (w 9 przypadkach), a nawet w kilku przypadkach kiły późnéj występującéj pod postacią zboczeń umysłowych na oddziale Doc. Dra Neussera, w tych ostatnich jednak przypadkach tylko wyjątkowo i w ogóle z rezultatem niezbyt pomyślnym. Co do ogólnego wrażenia, jakie zrobiło na mnie dłuższe użycie praktyczne białkanu rtęciowego w przypadkach powyżéj wspomnianych, to nie różni się ono wcale od uwag moich wypowiedzianych w pracy ogłoszonéj jeszcze przed 2 blisko laty, którą skreśliłem zaraz po pierwszych miesiącach terapeutycznego jego zastosowania. W przypadkach leczonych zaraz po rozpoznaniu wrzodu stwardniałego nie przeszkadza nawet znaczniejsza liczba wstrzykiwań wybuchowi kiły wtórorzędnéj, a wywiera tylko o tyle wpływ korzystny na przebieg objawów jéj następowych, że w przypadkach ściśle obserwowanych przypadły te były bardzo łagodne i szybko wśród dalszego lekowania znikały.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski**,
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27.)

b) Dowody, że gruczoły potne są drogą dla wnikania w ustrój zaczynów przeziębnych.

Że istoty chorobotwórcze drogą gruczołów potnych (i migdałków) wnikają do ustroju przy tak zwanych przeziębieniach, na to mamy ważne dowody:

1) W zadziwiającym zjawisku, że zwierzęta, mało rozwinięte, które mają gruczoły potne i nie pocą się np. psy, koty, króliki rzadko ulegają też przeziębieniu a przynajmniéj rzadko podlegają gośćcowi, te zaś, które mają gruczoły potne mocno rozwinięte, np. konie i wszystkie zwierzęta pociągowe, ulegają częściéj gośćcowi *).

2) Zziębnięcie lub zamoczenie tych części, które mają najwięcéj rozwinięte gruczoły potne, np. podeszew, najłatwiéj wywołuje choroby przeziębne, jakoto: gościec, nieżyty, zapalenia gardła itd.

Te fakty wykazują nadzwyczaj dobitnie związek gruczołów potnych z przeziębieniem i w żaden inny sposob wytłumaczyć się nie dadzą a najmniéj przez wielokrotnie przypuszczany wpływ nerwowy.

3) Że gruczoły potne są chorobowo zadrażnione we wszystkich chorobach przeziębnych, dowodzi tego i to zjawisko, że wszystkie te choroby są połączone z mniéj lub więcéj obfitemi potami, i tak gościec ostry cechuje się najobfitszemi potami, gorączce nieżytowéj, zapaleniom gardła towarzyszą zazwyczaj dreszczyki naprzemian z uczuciem gorąca i z potami.

4) Że gruczoły powierzchownie leżące w ogóle są nader przystępne dla wszelkich zarazków, widzimy to szczególnie na migdałkach, które są tylko zbiorem gruczołów mieszkowych i wpadają 15—20 otworami do paszczy. Jeżeli dziecko, z gorącéj kuchni, w któréj odbywa się pranie, w któréj więc wszystkie pory gruczołów jak w łaźni parowéj otwierają się, wystawimy na chłodny wiatr lub słotę, możemy być pewni, że na migdałkach jego wkrótce tworzyć

*) Senator w dziele Ziemssena (tom XIII. str. 26) tak się w tym względzie wyraża: Wspomniałem już, że nie powiodło się Richardsonowi wywołać gościec stawowy przez zastrzyknięcie kwasu mlekowego; ale mocno też musiałbym się dziwić, gdyby się powiodło, i gdyby zdołano wywołać takowy sztucznie u psów, kotów lub królików, które z natury albo wcale nie albo mało usposobione są do gośćca. Być może, że takie doświadczenia byłyby skutecznemi u zwierząt, które, jak np. konie, są skłonne do téj choroby, a które mniéj więcéj, jak wszystkie właściwe zwierzęta pociągowe, albo jak człowiek, po większém natężeniu mięśniowém wydzielają pot, to jest swoisty płyn gruczołów potnych, czego nie czynią tamte zwierzęta, a to z powodu, że nie posiadają gruczołów potnych.

Tu Senator poszedł za daleko, wystarczyłoby powiedzieć „ponieważ się nie pocą." Rzeczywiście psy i koty mają gruczoły potne, na co kol. Pawlikiewicz uwagę mą zwrócił; faktem jednak jest, że się nie pocą. I tak mówi Weiss (*Specielle Physiologie der Haussäugethiere, Stuttgart* 1869 str. 268): najbardziéj i najmocniéj pocą się konie; bydło poci się także, ale nie tak mocno jak konie. Uderzającą jest rzeczą, że pies się nie poci, choć gruczoły potne jego bardziéj są rozwinięte, aniżeli u bydła.

się pocznie materyja dyfterytyczna, zwlaszcza kiedy zarodki téj materyi rozpostarte są na wielką skalę w powietrzu, co w czasie panującéj nagminnie błoniawie koniecznie przypuścić należy.

Istota chorobotwórcza w błonicy jest inna niż zaczyny w gośćcu, chcemy tylko dać przykład, że jak gruczoły mieszkowe migdałków są najlepszym gruntem dla zaszczepienia materyi dyfterytycznéj, tak gruczoły potne (może z współudziałem także i gruczołów łojowych skóry) są najlepszą rolą dla zaczynów gośćcowych i nieżytowych. Gruczoły ślinne żuchwowe *(parotis)* są także przystępne dla istot chorobotwórczych, wywołujących zapalenie tychże, które niekiedy nagminnie się pojawiają *(mumps)* tj. wtedy, gdy twory te są w niezwykléj ilości w powietrzu rozpostarte*). O ile jednak trudniejszy jest do gruczołów tych przystęp przez długi i ciasny przewód Stenona, o tyle zapalenia te *(parotitis)* stosunkowo do zapaleń migdałów w ogóle rzadko się wydarzają. Że tą drogą istoty chorobotwórcze gośćcec wywołujące dostają się do organizmu, dowodzi tego między innemi następująca obserwacyja chorego, która w zupełności zastąpić może eksperyment umyślnie sprowadzony. Dziecko sześcioletnie wiele biegając zgrzało się i spociło a zmęczone położyło się na stole stojącym obok okna. W dolnéj szybie tegoż okna była przypadkowo okrągła dziura wielkości talara. Dziecko tak zasnęło, iż prąd powietrza ciągle obwiewał spocony jego kark. Gdy się przebudził chłopaczek, począł go kark boleć z początku nieznacznie, w kilka godzin coraz silniéj, a w 18 godzin potém już karkiem ruszyć nie mógł i płakał przy każdém poruszeniu. Dawka 4 gramów salicylanu sodowego w półtory doby wyżyta usunęła wszelkie dolegliwości. Jest to więc doświadczenie bardzo wymowne, że powietrze istotami gośćcotwórczemi (czyli przeziębnemi) obciążone wnikało w otwory gruczołów potnych. Tu istoty te rozwijając się wywołały objawy opisane.

c) Mechanizm wnikania zaczynów.

Wykazawszy, jak sądzę, w sposób dostatecznie przekonywający, jaką drogą dostają się zaczyny chorobowe przy przeziębieniach do ustroju, wypada nam się teraz zastanowić nad mechanizmem wnikania tychże, tudzież nad tém pytaniem, dlaczego one tam się zawsze nie dostają, tylko w czasie tak zwanego przeziębienia, i jak dostają się do krwi? Jeżeli nieprzyjaciel w powietrzu zawieszony zewsząd nas otacza, jeżeli przez tysiąc bram może wtargnąć do twierdzy naszego ustroju, tedy jest rzeczą zastanowienia godną, dlaczego ciągle doń nie wnika? Otóż musi być jakieś urządzenie tamujące przystępu do téj twierdzy lub jakieś warunki robiące ją nieprzystępną dla szkodników zewnętrznych.

W zwyczajnych warunkach pory skóry czyli ujścia przewodów potnych mogą być zamknięte do tyla, iż zarodków roślinnych czyli naszych zaczynów nie przepuszczają do wnętrza. Tworzenie się tak zwanéj gęsiéj skórki, gdy zimno na powierzchnię ciała działa, włókna mięsne gruczoły potne i ich przewody otaczające są zapewne tym narządem utrudniającym przystęp do gruczołów potnych. Nadto z fizyjologii wiemy, że wnikanie gazów z zewnątrz do ustroju jest bardzo nieznaczne, podczas gdy wynikanie z ustroju na zewnątrz jest znaczne, bo dla saméj pary wodnéj 500—800 gramów na dobę wynosi. Istnieje zatém w gruczołach potnych i w przewodach tychże gruczołów prąd odśrodkowy, który zapobiega, by istoty chorobotwórcze z zewnątrz do ustroju przez skórę się nie dostawały. W czasie rozgrzania mocnego, w czasie przebywania dłuższego w gorącéj i wilgotną parą przesyconéj atmosferze naczynia włosowate gruczoł potny otaczające rozszerzają się, włókna mięsne gruczołów potnych i tkanka łączna je otaczające wątleją, pory skóry przeto otwierają się, naczynia włosowate krwią nastrzykane rozszerzają się, potu wydziela się tyle, iż kroplami rosy zwilża ciało, prąd więc jest teraz większy i zawsze jeszcze odśrodkowy.

Gdy tak rozgrzane ciało wystawimy nagle na działanie zimna, nagle kurczą się naczynia włosowate gruczoł otaczające, krew z powierzchni skóry ucieka do wnętrza, prąd z odśrodkowego staje się dośrodkowym, pory gruczołów zwątlałe nie mogą szybko i szczelnie się zamknąć, wtedy twory wrogie wciągnięte zostają prądem tym do wnętrza gruczołów potnych a ztąd przez otaczające gruczoł naczynia krwionośne dostają się do ogólnego obiegu krwi. Ponieważ ten przedmiot, jakby się zdawało zupełnie łatwy do zrozumienia, wywołał polemikę (Dwutyg. Med. Publ. 1878. Nr. 10), z któréj się pokazuje, że nie był zrozumianym, gdyż wywnioskowano z moich słów twierdzenia, których nigdzie nie wypowiedziałem, przeto pozwalam sobie uzmysłowić moje zapatrywania w sposób jak najdotykalniejszy na mniéj subtelnym narządzie, niż są gruczoły potne.

Jeżeli na okrągłą kulkę ciepłomierza zadziała ciepło, wtedy słupek rtęci wznosi się w górę; jeśli na tak ogrzaną kulkę puścimy teraz nagle prąd zimnego powietrza, wtedy słupek rtęci nagle będzie się obniżać, wreszcie schowa się do kulki. Jeżeli górny koniec rurki byłby otwartym, to z łatwością w czasie obniżania się słupka, wpaśćby mógł do rurki proszek kurzu w powietrzu atmosferycznym zawieszonego; tenże w takim razie przyczepiłby się na wierchołku słupka, i schowałby się do kulki termometru. Gruczoł potny z swym przewodem pod względem formy nawet jest dosyć podobnym do maleńkiego ciepłomierza, w którym zamiast rtęci jest słupek pary potu skraplającéj się po wystąpieniu na zimniejszéj skórze.

Jeżeli na rozgrzaną skórę działa dłuższy czas zimno, tak iż warstwa tkanki podskórnéj, w któréj znajdują się gruczoły potne oziębi się, a rozszerzone pory jeszcze zamknąć się nie mogły, wtedy oziębiony pot, a zwłaszcza część jego w postaci pary w gruczole i w przewodzie zawarta, przez oziębienie kurczy się i pociąga za sobą powietrze atmosferyczne wraz z drobnemi zaczynami w nim zawieszonemi na kształt kurczącego się słupka rtęci w ciepłomierzu.

Jeżeli ciało nie jest rozgrzane, wtedy także mogą się dostać zaczyny do gruczołów potnych, bo i w tym razie prąd może się stać dośrodkowym, ale w tych warunkach daleko dłużéj musi zimno działać na ustrój, aby przeziębienie wywołać.

Dopóki jesteśmy w ruchu, nawet na zimnie nie łatwo się zaziębimy, bo ruch wytwarza ciepło, a ciepło podtrzymuje prąd odśrodkowy; skoro jednak nieruchomo stoimy na zimnie, najprędzéj się zaziębimy w skutek wytwarzającego się prądu dośrodkowego; jeszcze prędzéj oziębienie i prąd dośrodkowy następuje, gdy deszcz zwilży powierzchnię skóry, bo przez parowanie oziębia ją jeszcze bardziéj. W ten sposób, jak sądzę, udowodniliśmy, że wydarzają się w ustroju warunki potemu, aby pewne twory chorobowe w kurzu

*) W tym roku rzadka ta dosyć epidemija na wielką skalę rozpostarła się w Brzeżanach wtedy, gdy epidemija dyfterytyczna zbliżała się ku końcowi. Sam leczyłem lub widziałem kilkadziesiąt przypadków w ciągu 2 miesięcy. Wszystkie bez wyjątku pomyślnie się zakończyły.

atmosferycznym zawieszone dostawały się z zewnątrz do gruczołów potnych, a z tych do krwi, gdzie jak następnie będziemy się starali udowodnić, znachodzą warunki sprzyjające dalszéj fermentacyi. Czegoś podobnego domyśla się Hueter: (*Allgem. Chir.* Leipzig 1874.) „gdy ciało jest rozgrzane, wtedy naczynia powierzchowne rozszerzone ułatwiają wniknięcie „monady np. „micrococcus" do ustroju," jednak, by to za pośrednictwem gruczołów potnych i przy pomocy prądu dośrodkowego się działo, o têm nie ma tam wzmianki.

Ta okoliczność, że zaczyny nie pozostają w miejscu gdzie wniknęły, to jest, w miejscu, które na przeziębienie było narażone, lecz dostają się do ogólnego obiegu krwi, tłumaczy nam, dlaczego po przeziębieniu pojawiają się przypady ogólne, gorączkowe, podczas gdy przy odmrożeniach działanie zimna jest przedewszystkiém miejscowe, mechaniczne. Podniósłszy z jednéj strony znaczenie gruczołów potnych przy sprawie przeziębienia tudzież w sprawie powstawania wielu chorób zakaźnych, musimy z drugiéj strony na tę okoliczność zwrócić uwagę, że objaw potów mało jeszcze jest wyzyskany tak w rozpoznawaniu, jak w rokowaniu i w leczeniu, w ogóle w całéj patologii, a to dla tego, że nie znamy wszystkich warunków pod jakiemi poty się wywięzują, i tak np. nie wiemy, dlaczego w początkach chorób gorączkowych, w durze, zapaleniu płuc itd. mimo wygórowanéj ciepłoty chorzy się nie pocą, dlaczego w późniejszym okresie nawet przy niższéj ciepłocie zazwyczaj się pocą, dlaczego niekiedy choroby te mijają zupełnie bez potów, w innych przypadkach przez cały przeciąg choroby chorzy obficie się pocą; kiedy poty uważać należy za krytyczne, kiedy nie, kiedy są one objawem pomyślnym, kiedy nie; rozjaśnienie tych stosunków byłoby wielkiéj wagi dla całéj patologii.

III.

Zjawiska fermentacyi zewnątrz ustroju.

Wiadomości o burzeniu, kiśnieniu czyli fermentacyi do niedawna były bardzo szczupłe, dopiero w ostatnich latach cokolwiek się rozszerzyły *).

Podczas gdy chemicy dawniejsi zapoznali nas głównie z wynikami fermentacyi tj. dowiedli, iż pewne organiczne ciała za dodaniem pewnych zaczynów (fermentów) rozpadają się na inne prostsze, organiczne i nieorganiczne połączenia, to o ile mi wiadomo pierwszy Pasteur, znakomity chemik i mikroskopista francuski, zapoznał nas bliżéj z przyrodą tych zaczynów i z istotą fermentacyi.

Jeszcze bowiem Liebig sądził, że działanie fermentów polega na udzielaniu cząstkom ciał fermentować mających pewnego ruchu atomowego, co jest mylném.

Jest wiele rodzajów fermentacyi tj. tyle ile w naturze różnych zaczynów, ale 3 są najwięcéj znane: fermentacyja wyskokowa, fermentacyja kwaśna i fermentacyja gnilna. **)

(Ciąg dalszy nastąpi.)

*) Wiadomości o fermentacyi czerpałem głównie prócz z podręczników chemii z wykładu Tyndalla umieszczonego w czasopiśmie „Przyroda i przemysł 1877. Nr. 16 i następne, tłumaczył Z..ti.

**) Wyrazu polskiego burzenie w znaczeniu fermentacyi unikam, ponieważ jest dwuznacznêm i właściwszêm dlań jest znaczenie walenia, niszczenia (zerstören), a wyraz fermentacyja nabrał już niejako prawa obywatelstwa w naszym języku; o wyrazie zaś kiśnienie to samo da się powiedzieć co o kisielach, iż odpowiadają tylko ferment. kwaśnéj.

III. Przypadek przemijającego cukromoczu u osoby zupełnie zdrowéj po spożyciu lodów z soków owocowych.

Podał Dr. **Stanisław Ponikło.**

W odnośnéj literaturze znachodzimy zaznaczone liczne przypadki cukromoczu przemijającego u osób zupełnie zdrowych, skutkiem najróżnorodniejszych wpływów. Podają między innemi przypadki chwilowego moczenia cukrem po nagłych wzruszeniach umysłowych, zwłaszcza skutkiem trwogi, przestrachu, wśród drgawek, podczas otrucia strychninem (Schiff) i t. p. Uważano cukromocz chwilowy po wdychiwaniu choroformu lub eteru w celu uśpienia przed rękoczynami chirurgicznemi. Bock i Hoffmann zdołali wywołać cukromocz sztucznie przez wstrzyknięcie 1 procentowego rozczynu soli kuchennéj do żył zwierząt. Również miano postrzegać wielokrotnie po spożyciu niezwykłych ilości pokarmów mącznych lub obfitych w cukier chwilowo cukier w moczu.

Sądząc, że najdrobniejszy przyczynek lub szczegół, należycie stwierdzony, dotyczący zawikłanéj etyjologii cukrzycy winien być spożytkowany, nie potrzebuję usprawiedliwiać podania niniejszego ciekawego przypadku chwilowego cukromoczu u osoby zdrowéj, pojawiającego się kilkakrotnie po spożyciu lodów z soków owocowych. Przy sposobności kilkakrotnego badania moczu mężczyzny liczącego lat dwadzieścia kilka, cieszącego się zupełnêm zdrowiem i czerstwością, zauważyłem pewnego dnia w moczu oddanym we 2 — 3 godzin po obiedzie znaczną ilość cukru. Ciężar gatunkowy moczu dotąd wahający się pomiędzy 1,015 — 1,020 wynosił obecnie 1,035. Zwyczajne próby jakościowe dawały reakcyje, pozwalające przypuszczać obecności dość znacznych ilości cukru w moczu. W rzeczy saméj mocz tenże zbadany w przyrządzie polaryzacyjnym okazał 2 odsetki cukru. Inne składniki moczu prawidłowe co do ilości i jakości. Mocz oddany w godzinę późniéj nie zawierał widocznych śladów cukru. Ponieważ pojawienie się nagłe tak znakomitéj ilości cukru w moczu było zastanawiające, starałem się dowiedzieć od osoby odnośnéj jakiegoś momentu niezwykłego, z którym możnaby wprowadzić w związek objaw w mowie będący. I tak wypytywałem się, czy nie naraził się bezpośrednio przedtêm na znaczniejsze wytężenie mięśniowe, czy nie używał nadmiernie nużącéj przechadzki, czy nie spożył pokarmów niezwykłych i t. p. Dowiedziałem się, że osoba odnośna przed 2ma godzinami po obiedzie złożonym ze zwykłych pokarmów spożyła mierną ilość lodów z soków owocowych. Mocz oddany nazajutrz w różnych odstępach czasu nie zawierał śladu cukru. Nadto ilość moczu oddawanego była zawsze prawidłowa. Chcąc się przekonać, czy rzeczywiście zachodzi jaki związek między pojawianiem się cukru w moczu a spożyciem lodów, poleciłem powstrzymać się od spożycia takowych dnia następnego, obok zachowania się zwykłego pod każdym względem. Mocz oddany we 2 — 3 godzin po spożyciu obiadu nie zawierał cukru. Lecz gdy osoba odnośna w następnych dniach spożyła tegoż samego gatunku lodów w tym samym czasie (doświadczenie to wykonane zostało trzykrotnie) pojawiał się cukier w dość znacznéj ilości od 1·5 do 1·8 odsetek. W dniach zaś, w których powstrzymano się od spożycia takowych, mocz był wolny od cukru.

Zadowalam się samêm podaniem tego faktu, stwierdzonego w pracowni chemii lek. U. J. prof. Stopczańskiego. Czy należy obwiniać tu szczególniejszą idijosynkrazyję osoby od

nośnéj do tego rodzaju pokarmu, lub czy czynnikiem działającym jest niska temperatura takowego, czy nareszcie jakie szkodliwe składniki lub domieszki użyte w wyrabianiu lodów, trudno rozstrzygnąć.

IV. Uzupełnienie artykułu o niedokrewności i transfuzyi.

(Patrz Nr. 27.)

Podal Dr. L. Rydygier.

Dowiedziałem się, że dokładniejsze badanie żołądka wykazało znaczny przerost mięśni i nieomal zupełny brak błony śluzowéj, którą zastępowała wielka blizna. Zdaje się, że chory wypił kiedyś znaczną ilość płynu gryzącego, chociaż się nigdy do tego nie przyznawał; matka jego teraz po tym wyniku badania jeszcze raz zapytana, nic o tém niewie. Trudno przypuścić, żeby ów leb spożyty był tak ostro zaprawiony.

Podam jeszcze w kilku słowach drugi przypadek operacyi przetoczenia krwi wykonanéj przemnie z polecenia tajneradcy dw. Rieda dnia 2. b. m. po pol. Lekarz prakt. Dr. Hergt kierował porodem u kobiety, która już kilka razy bardzo ciężkie porody odbywała była.

Tym razem nastąpił tak obfity krwotok, że zaraz po porodzie prosił kolega o operacyję. Pomiędzy 6 a 7 godz. wieczorem wykonałem operacyję w asystencyi Drów Hergta, Schenka i Lüderitza. Przetoczyłem 180 cm. sz. krwi do tętnicy sprychowéj sposobem Hütera. Mimo operacyi chora o godz. 9 wieczorem tegoż dnia umarła. O bliższych szczegółach śmierci nie mogłem się dowiedzieć.

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VII zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podal Dr. Rydygier, docent chirurgii w Jenie.

Wywiązując się z przyrzeczenia danego na wstępie krótkiego mojego sprawozdania z VII zjazdu chirurgów niemieckich (Nr. 17 Przegl. Lek.) podaję niniejszém cokolwiek dokładniejsze streszczenie niektórych ważniejszych rozpraw.

I. Koenig (z Giętyngi): O sposobie oprawy przeciwgnilnéj w razach już istniejącego gnicia.

Jak wiadomo przeznaczył Lister swój sposób opatrywania ran pierwotnie tylko dla ran czystych, a mianowicie dla ran przez ręce chirurga choremu zadanych. Gdyby oprawa przeciwgnilna rzeczywiście tylko w tych przypadkach okazała się skuteczną, gdyby jéj nie można zastósować także do ran zapalonych i zakażonych, nigdyby do tego znaczenia wysokiego nie była doszła, jakie ma obecnie, gdyż w znacznie większéj połowie przypadków nie moglibyśmy jéj używać; mamy bowiem niewątpliwie częściéj do czynienia z ranami zapalonemi i zanieczyszczonemi, aniżeli z czystemi w pojmowaniu Listera. Oprawa przeciwgnilna okazała się na szczęście skuteczniejszą, niż się tego z początku sam Lister spodziewał; można ją do zapaleń ropnych i ran nieczystych także z dobrym skutkiem stósować. Koenig stara się tego następującemi przykładami dowieść.

Zapobiegamy np. w ropnem zapaleniu pochewek ścięgniowych obumarciu ścięgien, dawniéj tak częstemu, nacinając jak najwcześniéj w kilku miejscach zapaleniu uległą tkankę, wymywając i wycierając następnie pochewkę ścięgien 5% rozczynem kwasu karbolowego, zaprowadzając sączki, a nareszcie stósując ciągłe nawodnianie słabszym rozczynem kwasu karbolowego lub salicylowego do zawieszonéj w powietrzu odnogi.

W świeżych przypadkach otoku w jamie piersiowéj *(empyema)*, zaleca K. nacięcie albo wypiłowanie żebra w miejscu o ile możności najniższém, z następowém jednorazowém wypłukaniem 5% rozczynem kwasu karbolowego. Nareszcie zaprowadzamy sączki, żeby odpływ wydzielin ułatwić i zakładamy oprawę przeciwgnilną.

Rany już zakażone gniciem, mianowicie powikłane złamaniem kości, radzi silnie odwietrzyć, porobić nacięcia, gdzie są potrzebne do swobodnego odpływu wydzielin i zniesienia naprężenia tkanek zapalonych, zmiażdżone i obumarłe części miękkie poodcinać, a oprawę dość często zmieniać. Dla lepszego objaśnienia tego postępowania przytoczył przypadek powikłanego złamania uda i podudzia, połączonego nadto ze zgorzelinową rozedmą. Nawet w tym tak nader smutnym przypadku zdołał za pomocą powyżéj nakreślonego postępowania życie choremu uratować przez odjęcie odnogi. Podobnych wybornych skutków możemy się atoli tylko wtenczas spodziewać, jeżeli nie szczędzimy kwasu karbolowego. Spostrzegał wprawdzie K. przy takiém postępowaniu kilka przypadków otrucia kwasem karbolowym, ale bez żadnych złych następstw, bez zejścia śmiertelnego. W przypadkach, gdzie rana ropieje, nie używa K. nawet protective, tylko kładzie muślin pognieciony *(Krüllgaze)* wprost na ranę, żeby wydzielina łatwiéj wsiąkała i natychmiast się odwietrzyła.

Pomimo, że na porządku dziennym była jeszcze rozprawe Küstera o trujących właściwościach kwasu karbolowego, już tu przy rozprawie Koeniga zabrało kilku obecnych w tym przedmiocie głos.

Mianowicie Bardeleben namienia, że i jemu mimo nader obfitego używania kwasu karbolowego przez 5 lat ani jeden nie zdarzył się przypadek otrucia kwasem karbolowym ze zejściem śmiertelném. Z tego powodu nie radziłby téż kwasu karbolowego zastępować modnym tymolem; raz dla tego, że tymol nie może się równać z kwasem karbolowym co do skuteczności przeciwgnilnéj, a powtóre dla jego nieprzyjemnie słodkawego zapachu zwabiającego w lecie roje much, którym się chorzy opędzić nie mogą. Hüter w podobny sposób przemawia za kwasem karbolowym, którego już przez 9 lat na swéj klinice używa. Radzi on nawodnianie silniejszemi rozczynami twierdząc, że po użyciu 5% rozczynu białko na powierzchni się ścina i nie dozwala znaczniejszego wessania kwasu karbolowego *(? Spraw.)*, ostatecznie więc zapobiega otruciu kwasem karbolowym. Nie wzdryga on się np. bynajmniéj przy krwawém odprowadzeniu przepukliny, zapalone pętla jelit dopóty wymywać 5% kw. karbolowego, dopóki nie zabarwiają się biało. Od czasu, jak używa tego sposobu, nie spostrzegał już nigdy ani nawet lekkiego zapalenia otrzewnéj dawniéj wcale nie zbyt rzadko się zdarzającego. Küster i Olshausen także przeciwko tymolowi przemawiają. Schede przyznaje, że tymol wprawdzie ranę mniéj drażni niż kwas karbolowy, ale za to spostrzegał po używaniu tymolu coraz to gorsze wyniki. Wnioskuje z tego, że siła ochronna przeciwko chorobom przyrannym udzielona szpitalom przez używanie kwasu karbolowego powoli razem z nim

znika. Bidder w ogóle jest także przeciwko tymolowi, zaleca go tylko do wyplókiwania otoków opłucny i wielkich jam ropnych. Wagner spostrzegał 3 przypadki otoku opłucny, w których po nacięciu na 2 miejscach, przeciągnieniu sączka, po 8 dniach tak dalece poodcinanego, że tylko małe kawałeczki w ranach pozostały, po częstém wypłukiwaniu nastąpiło w 8 tygodniach zupełne wyleczenie. Schede zabiera jeszcze raz głos i przemawia za wypiłowaniem jednego lub kilku żeber nie tylko u dzieci, ale i u dorosłych, poczém jama otoku prędzéj się zmniejsza; kwas karbolowy zastępuje w przypadkach, gdzie objawy otrucia występują, kwasem salicylowym lub tymolem. Wreszcie Langenbeck zaleca tymol do używania u dzieci, chociaż rany nie zawsze bez ropienia się wtenczas goją. Thiersch ubolewa nad tém, że właśnie nikogo z Hali, zkąd środek ten tak gorąco zalecono, nie ma obecnego. Może te tak bardzo sprzeczne ze sobą wyniki w ten sposób dałyby się wytłumaczyć, że koledzy niezadowoleni z tymolu używali płynu złego lub zwietrzałego. Na ten zarzut kilku z poprzednich mówców odpowiedziało, że wyroby mieli z apteki, z któréj Volkmann także swe zapasy kupował, i że w ogóle całą oprawę ściśle podług przepisu Rankego zakładali.

II. Küster (z Berlina): O trującéj właściwości kwasu karbolowego przy używaniu jego chirurgicznėm.

Używając w szpitalu Augusty oprawy przeciwgnilnéj spostrzegał K. w przeciągu 3 lat 5 przypadków otrucia śmiertelnego. W literaturze znalazł nadto 7 przypadków otrucia miernego stopnia, z których jeden przypadek zakończył się śmiercią, i 13 przypadków wysokiego stopnia, a pomiędzy niemi 5 przypadków śmierci.

Pierwszy przypadek tyczył się 23 letniéj dziewczyny ze zwężeniem odbytnicy. Podczas leczenia wypłukiwano częściéj odbytnicę 2% rozczynem kwasu karbolowego; 2 razy nastąpił po wypłukaniu znaczny zapad; ostatni raz nawet tak silny, że dopiero po całogodzinném sztucznėm oddychaniu chora przytomność odzyskała. Mimo to nie długo potém umarła chora niby z ropnicy. Badanie pośmiertne zwłok wykazało wielką jamę ropną naokoło odbytnicy, w któréj to prawdopodobnie rozczyn kwasu karbolowego do wypłukiwania użyty w większéj ilości się nagromadził i został wessanym.

W drugim przypadku umarło dziecko w 3 godziny po wyplókaniu otoki opłucnéj 2½% rozczynem kw. karbolowego.

W trzecim przypadku wydarzyło się, że jamę ropną miednicy u choréj 39 l. liczącéj, wypłukano powtórnie 5% rozczynem kw. karbolowego, chociaż już po pierwszém wypłukaniu był wystąpił zapad z obniżeniem ciepłoty aż do 35° C. Po tém powtórném wypłukaniu chora umarła.

W czwartym przypadku wypiłował K. dziecku 4½ letniemu staw biodrowy, a następnego dnia dziecko już nie żyło.

Piąty przypadek tyczył się kobiety 33 l. liczącéj, u któréj po róży podudzia utworzył się wielki ropień pod mięśniem pośladkowym, a nadto staw kolanowy uległ zropieniu. W 4 godziny po nacięciu ropnia i nakłóciu stawu kolanowego z następném wyplókaniem kwasem karbolowym kobieta umarła.

K. wszystkie te nieszczęśliwe przypadki niespodziewanéj śmierci przypisuje otruciu kwasem karbolowym, niechcąc uciekać się do innych nieprawdopodobnych przyczyn, jak np. wstrząsu (shok). Chcąc przekonać się dokładniéj o trujących właściwościach kwasu karbolowego robił doświadczenia na zwierzętach już zkądinąd dawno znane ze znanym także skutkiem, dlatego tę część pracy pomijam. (Już kilka lat temu jak ogłosiłem moje badania doświadczalne w tym przedmiocie w *Gaz. Lek.*) Namieniam tylko, że K. tłumaczy gorączkę bezgnilną opisaną przez Volkmanna (cf. sprawozd. w Nr. 3 Przegl. i Volkmanna *Samml. klin. Vortr.*) działaniem kwasu karbolowego. Przekonał się bowiem, że nieraz po zadaniu tego środka u zwierząt ciepłota się także wzmagała. Podobnie jak u chorych zwierząt już daleko mniejsze dawki (¼ część dawki dla zdrowych) śmiertelnie działają, tak też i u ludzi niedokrewnych i wycieńczonych łatwiéj występują skutki trujące kwasu karbolowego, gdyż w takich razach wessanie do tkanek łatwiéj następuje. Dzieci także bardzo źle znoszą kwas karbolowy. Daléj trzeba też przypuścić miejscowe i osobiste usposobienie do szybszego lub powolniejszego wessania. Jako choroby następowe przytacza K. zapalenie i zbrzęknienie płuc. Zalecany jako otrutek siarkan sodowy jest podług K. nieskutecznym, bo objawy otrucia występowały regularnie bez względu na to, czy zaraz po zastrzyknięciu kwasu karbolowego zastrzyknął siarkan sody, czy nawet mięszaniny z kwasu karbolowego i siarkanu sody w doświadczeniach użył. K. zaleca więc ostatecznie wielką ostrożność w używaniu kwasu karbolowego, a we wszystkich przypadkach gdzie się należy obawiać otrucia, radzi kwas karbolowy zastąpić innemi środkami, mianowicie chlorkiem zynkowym, twierdząc, że środek ten nawet w stężonym rozczynie (8%) nieprzeszkadza zrośnieniu raźnemu *(per primam)*.

Po téj rozprawie wywiązała się nadzwyczaj żywa dyskusyja wypełniająca całe następne posiedzenie: Lücke namienia, że otrucie nizkiego stopnia często widywał, nigdy otrucia śmiertelnego. Zabarwienie moczu zbyt późno występujące nie jest dobrym środkiem rozpoznawczym otrucia karbolowego. L. zaleca więc natomiast odczynnik przez Sonnenburga podany w *Deutsche Zeitschrft f. Chir.* (porówn. sprawozdanie w Nr. 5 Przegl.). Podług doświadczeń Lückego już mgła karbolowa wywołuje nieraz słabe otrucie. Jako chorobę następową spostrzegał L. nieraz zapalenie nerek mianowicie u dzieci, a w jednym przypadku u dorosłego: Mężczyzna ten trudnił się przyrządzaniem materyjału opatrunkowego dla kliniki, siedział więc dużo w powietrzu przesyconém kw. karbolowym i często też dotykał się kw. karbolowego. Zapadł na zapalenie nerek, a po zwolnieniu go od powyższego zatrudnienia wkrótce wyzdrowiał. Bardeleben jak to już przy dyskusyi nad rozprawą Koeniga namienił, nie spostrzegał nigdy otrucia śmiertelnego pomimo nadzwyczaj obfitego używania kwasu karbolowego. Zaleca on w przypadkach, gdzie chorzy są skłonni do otrucia, mięszaninę kwasu karbolowego z siarkanem zynkowym, z téj mięszaniny ustrój nie wsysa dużo kw. karbolowego. Czasem używa juty przyrządzonéj 5% rozczynem chlorku zynkowego. Koenigowi i Hüterowi również nie wydarzył się przypadek otrucia ze zejściem śmiertelném, utrzymują też, że nie wszystkie przypadki śmierci przez K. opisane, są wywołane otruciem karbolowém. Lossen jeden przypadek, a Kocher 2 przypadki otrucia śmiertelnego spostrzegali. Olshausen opowiada przypadek tyczący się położnicy z głębokiém rozdarciem szyjki macicznéj: po wypłókaniu silnym rozczynem kwasu karbolowego, wystąpiły objawy otrucia, jakoto bezprzytomność, drgawki mięśniowe, rozszerzenie źrenicy; czynność serca i płuc pozostała prawidłowa, po 3 godzinach objawy te niby

ustąpiły. Mimo to chora nie długo potém umarła, a badanie zwłok wykazało, że śmierć nastąpiła w skutek otrucia karbolowego. Kw. karbolowy dostał się przez rozdarcie do jamy brzusznéj. U innéj położnicy widział O. po wypłókaniu kwasem karbolowym jamy ropnéj miednicy i po używaniu czopka z waty nasyconego 2% rozczynem kwasu karbolowego już w przeciągu 12 godzin objawy otrucia: mocz zabarwiony i zapad, który dnia następnego po powtórném wypłókaniu 5% rozczynem się powtórzył i śmiertelnie zakończył. Nie uszło uwagi O., że po zastosowaniu mgły karbolowéj podczas operacyi wycięcia jajników trwającéj przeszło godzinę zwykle nie występowały objawy otrucia karbolowego, a po użyciu mgły podczas pierwszéj zmiany oprawy w 5 do 6 dni późniéj często takowe się ukazywały. Tłumaczył sobie to zjawisko podwyższoną skłonnością do chłonienia w skutek przypadkowego działania oprawy Listera. Hahn spostrzegał w obecnéj wojnie rosyjsko-tureckiéj po oprawie karbolowéj rany postrzałowéj połączonéj ze złamaniem kości zapalenie nerek, które po zaniechaniu tego sposobu oprawy ustąpiło. Langenbeck zaleca ostrożność przy używaniu kwasu karbolowego twierdząc, że są ludzie szczególnie tkliwi na jego wpływ. W poliklinice L. zdarzyły się 2 przypadki śmiertelnego otrucia.

III. P. Vogt (z Gryfii): O nowym sposobie wypiłowania stawu łokciowego z przedstawieniem chorego.

Wypiłowanie stawu łokciowego wykonał Vogt celem poprawienia czynności stawu uszkodzonéj zwichnięciem i następnym zrostem powierzchowni stawowych w położeniu odnogi niemal wyprostowaném. W podobnych przypadkach chodzi o to, żeby mieć pewność, że przez operacyję czynność odnogi naprawimy. Oto V. zalecając swój sposób operowania twierdzi, że w każdym przypadku może ręczyć na pewno za dobrą czynność po operacyi i to właśnie ma stanowić wielką zaletę jego sposobu. Dotychczas wprawdzie zwykle osiągaliśmy dobre wyniki co do czynności po wypiłowaniu stawu łokciowego, ale zdarzały się nieraz, choć rzadko, i ujemne; dla tego też nigdy w poszczególnym przypadku nie mogliśmy ręczyć choremu na pewno za wynik operacyi. Sposób, w jaki V. operował, jest następujący: Poprowadził cięcie 6 cm. długie na przedniéj granicy wewnętrznego nakłykcia *(epicondylus)* kości ramieniowéj; części miękkie cokolwiek podważył; następnie odciął dłutkiem powierzchowne blaszki kostne nakłykcia razem z okostną i przyczepami mięśni zginaczy, a ku górze odłączył tylko okostnę od kości ramieniowéj, ku dołowi zaś przeciął poprzecznie wiązadło boczne wewnętrzne. W podobny sposób poprowadził cięcie przez części miękkie na zewnętrznéj stronie przed nakłykciem zewnętrznym na dół aż poniżéj główki kości sprychowéj, a ku górze aż na trzon kości ramieniowéj; następnie i tu odciął dłutkiem powierzchowną blaszkę kostną nakłykcia zewnętrznego wraz z okostną i przyczepami mięśni wyprostnych; ku wszystkim stronom uzupełnia podważką odłączenie okostnéj. Główkę kości sprychowéj odpiłowuje piłką kończastą i wyjmuje. Potém przepiłował kość ramieniową tuż po nad kłykciami także piłką kończastą. Odciągając teraz o ile możności części miękkie w tył i na wewnątrz udało się z cięcia zewnętrznego przyczep mięśnia trójgłównego od wyrostka łokciowego oddzielić, z początku za pomocą noża, a daléj znowu razem z blaszką kostną za pomocą dłutka. W ten sposób utorował sobie drogę do miejsca, w którém miał zamiar przepiłować kość łokciową wysuwając ją cokolwiek razem z częścią stawową kości ramieniowéj ściśle z nią zrostami połączoną, przepiłowanie uskutecznił i tu piłką kończastą. Nareszcie wydobył cały zrośnięty staw w jednym kawale, chociaż nie obyło się bez uszkodzenia kości przeznaczonych na wydalenie. Zmieniając tak zwykły sposób operowania podokostnego udało się V. na wszystkich miejscach, gdzie dużo na tém zależało, a mianowicie od kłykciów i wyrostka łokciowego przyczepy mięśni bez naruszenia razem z wewnętrznemi pokładami okostnéj oddzielić. Tym sposobem osiągnął tę korzyść, że już po 3 tygodniach nowoutworzona kość w okolicy ważnych tych 3 miejsc: kłykciów i wyrostka łokciowego była tak dalece silną, że chory mógł rozpocząć ćwiczenia. W pierwszych tygodniach użył V. oprawy przeciwgnilnéj i ustalił przedramię pod prawym kątem do ramienia za pomocą leszczotek drucianych. Podczas ćwiczenia założył z początku oprawę ze szkła wodnego *(Wasserglasrinnenverband)* połączoną ze stawem w okolicy stawu łokciowego. Do ćwiczenia używał chory ciężków zginając i prostując ciągle odnogę w stawie łokciowym. Właśnie ćwiczenia te czynne połączone z równoczesném obciążeniem ręki tyle skuteczne do wyrobienia prawidłowego stawu są tylko wtenczas już wcześnie możliwe, jeżeli operując w opisany sposób pozostawimy przyczepy mięśni nietknięte i postaramy się o szybkie wytworzenie nowéj kości. Ale też tylko tym sposobem zapewnimy sobie niewątpliwie dobrą postać i czynność nowego stawu. Potrzebném jest nie tylko wczesne i podczas całego leczenia następowego trwające ćwiczenie stawu, ale ruchy muszą nadto być wykonywane z pewną energiją w prawidłowych rozmiarach, gdyż tylko w ten sposób końce stawowe poruszające się i uciskające się nawzajem z pewną siłą, są w stanie z nowo utworzonéj kości wytoczyć postacie, odpowiadające prawidłowym. Sposób Vogta ułatwia nadto operacyję na stawach nie zapalonych lub nie zropiałych, gdzie jak wiadomo, nadzwyczaj trudno okostnę w całości od kłykciów i wyrostka łokciowego odłączyć. Podobnie zmienił V. wypiłowanie stawu ręki przed 2 laty; odcina z powierzchni grzbietowéj kości sprychowéj dłutkiem blaszkę kostną, żeby tym sposobem uchronić pochewki ścięgnowe mięśni wyprostnych od naruszenia.

Prof. König (w Gietyndze): **O leczeniu przeciwgnilném ropnego zapalenia opłucnéj.**

Literatura dotycząca tego rozdziału chirurgii jest stosunkowo dotychczas wcale bogatą, ale bo też ważność cierpienia omawianego jest wielką a spory uczone pod względem terapeutycznym przyczynić się mogą tylko do wyświecenia niektórych stron dotąd niezbyt jasno przedstawionych i posłużą niewątpliwie do ściśle umiejętnego określenia wskazań na polu terapii zwłaszcza chirugicznéj. Dlatego zasługują na baczną uwagę wnioski autora oparte na bogatém doświadczeniu, które w streszczeniu przytaczam chcąc zainteresować pod tym względem kolegów spotykających się nieraz w praktyce codziennéj z przykrém tém cierpieniem.

W przypadkach świeżego ropnego zapalenia opłucnéj należy: 1) otworzyć jamę opłucnéj z użyciem metody przeciwgnilnéj (oczyszczenie pola operacyjnego, spray itd.).

2) Cięcie powinno przebiegać ile możności jak najniżéj, aby wydzielina nie gromadziła się w jamie opłucnéj a więc przy ułożeniu na wznak blisko kręgosłupa; zazwyczaj wystarcza jedno cięcie.

3) Cięcie powinno być o tyle wielkie, aby dren nie był zaciśnięty. Jeżeli żebra są blisko siebie ułożone, należy wypiłować kawałek żebra. Resekcyi żeber można dokonać także później, kiedy przetoka zanadto się już zwęziła. Jeżeli płuco po operacyi zaraz się rozszerzy i zlepi z opłucną żebrową, to zwężenie przestrzeni międzyżebrowych nie następuje, a autor uważa za rzecz prawdopodobną, że u dorosłych bez resekcyi żeber obejść się można.

4) Po odpłynięciu ropy należy raz dokładnie przeczyścić płynem przeciwgnilnym jamę opłucnéj. W tym celu dobrze jest użyć najpierw rozczynu kw. salicylowego, a kiedy już płyn ten czysty odpływa przestrzykać jamę kw. karbolowym ($2^1/_2$ — 5%, zwłaszcza w razie obecności wydzieliny posokowatej). Hueter zrobił słuszną uwagę, że rozczyny zgęszczone nie są tak szkodliwemi, jak rozczyny słabe, pierwsze bowiem ścinają białko a wessanie ich jest trudniejsze, niż rozczynów słabych. W każdym razie desinfekcyję pierwszą należy wykonać nader ostrożnie zwłaszcza wtenczas, kiedy blaszki opłucnéj nie są pokryte grubszemi warstwami wypocinowemi.

Po desinfekcyi wprowadza się do przetoki zwyczajny dren grubości blisko palca małego, a przebicie końca jego szpilką chroni go od wpadnięcia do jamy opłucnéj, długość jego wynosić powinna 5 — 6 cm.

5) Opatrunek składa się z gazy listrowskiéj obficie nałożonéj na przetokę i jéj okolicę a następnie ze zwykłéj opaski Listra otaczającéj dokoła klatkę piersiową.

6) Opatrunek zmienić należy, skoro tylko plama pokaże się na jego powierzchni, a więc zazwyczaj po 24 godzinach. Jeżeli wydzielina wówczas okaże się bezwonną, to jamy opłucnéj nie należy przestrzykiwać; w razie przeciwnym przestrzykuje się ją z zachowaniem powyżéj wspomnianych ostrożności. Wprawdzie u chorych bardzo osłabionych grozi niebezpieczeństwo otrucia kwasem karbolowym, ale niebezpieczeństwo to w ogóle nie tak groźne jest małoznaczącém w porównaniu z niebezpieczeństwem, na jakie ustrój narażają wydzieliny posokowate. W takich przypadkach należy jamę opłucnéj przestrzykać raz dziennie, a opatrunek zmienić 2 razy dziennie. Stósownie do okoliczności wypada nieraz w takich przypadkach zrobić jeszcze drugi otwór i dren weń zaprowadzić.

Autor żywi to przekonanie, że zapalenie ropne opłucnéj da się po największéj części wyleczyć bez wielokrotnych przestrzykiwań; a tylko w przypadkach zapalenia połączonego z wydzieliną posokowatą należy przestrzykiwać jamę opłucny kilkakrotnie.

Po pierwszych ośmiu dniach opatrunek zazwyczaj zmieniać należy bardzo rzadko, tj. co 4, 8 do 10 dni; zależy to od ilości wydzieliny i szybkości przesiąknięcia opatrunku.

7) Kawałki drenu mogą być coraz to cieńsze, ale usunąć go dopóty nie należy, dopóki wydzielina zupełnie nie ustąpi. Jeżeli opatrunek przez dłuższy czas pozostaje niezmieniony, to przy następném opatrywaniu należy dren wyciągnąć i znów po oczyszczeniu włożyć napowrót, bo granulacyje łatwo dren mogą zatkać.

Metoda ta leczenia zapaleń ropnych i posokowatych opłucnej odznacza się swą prostotą i powinna wejść w codzienną praktykę lekarską, zwłaszcza, że posiada wiele zalet racyjonalnych. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1878. Nr. 25.) *Obt.*

VI. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne X. z dnia 15go maja 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 19 i jeden gość.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Ponikło przedstawił preparat rzadkiego zboczenia tchawicy, mianowicie zwężenie dolnéj części tchawicy i początku oskrzela głównego prawego, skutkiem blizny powstałéj po wrzodzie kiłowym. Wrzody kiłowe w ogóle nie rzadkie na błonie śluzowéj krtani, zajmujące mianowicie z upodobaniem błonę śluzową nagłośni, mniéj częste na więzadłach głosowych i tylnéj części krtani, jakoteż górnéj części tchawicy, stają się coraz rzadszemi w niższych częściach tchawicy tudzież w wielkich oskrzelach. O przypadku wrzodu kiłowego niższéj części tchawicy wspomina Virchow w 15 tomie *Arch.* Rokitansky podaje przypadek wrzodu kiłowego dolnéj części tchawicy, przebiegającego do aorty; przypadki podobne są również podane przez Wilksa, Wagnera, Sigla i Zeissla W przedstawionym preparacie dostrzedz można, iż około miejsca rozdziału tchawicy na główne oskrzela błonę śluzową zastępuje blizna, rozciągająca się, począwszy od miejsca na $1^1/_2$ cm. powyżéj rozdziału i zstępująca na dół do oskrzela głównego prawego, zajmująca to oskrzele i jego największe rozgałęzienia na przestrzeni 3—4 cm. licząc od rozdziału, przyczém zajmuje także karb odgraniczający oba oskrzela główne, nieznacznie przesuwając się po za niego na błonę śluzową lewego głównego oskrzela. Blizna ta biaława szaréj barwy w dolnéj części tchawicy saméj i początku oskrzeli jest cienka, w drobniutkie, listewkowate, równolegle do siebie z góry na dół przebiegające karbki ułożona, i zlana ściśle w jednę całość z tkanką łączną podśluzową. Najwięcéj rozwiniętą jest w obwodzie wyjścia oskrzela głównego prawego, gdzie tworzy wydatny, ku światłu oskrzela lekko wystérczający pierścień, złożony z tkaniny modzelowatéj, zbitéj, pod którym widoczny jest rowek okrężny, najgłębszy od strony wewnętrznéj oskrzela. Bliznowaty ten pierścień zamyka otwór mniéj więcéj kolisty, o średnicy 3 mm; poniżéj odchodzi od przedniéj powierzchni głównego prawego oskrzela cienkie pasemko bliznowatéj tkaniny, tworzące niejako mostek, który wraz z przednią powierzchnią oskrzela zamyka krótki kanał, przez który zaledwie cienka sonda przesunąć się daje. Na 3 cm. powyżéj opisanego pierścienia widać drobną brodawkowatą narośl, przylegającą szeroką powierzchnią do ściany tchawicy. Oskrzela wielkie poniżéj głównego miejsca zwężenia również zwężone, błona śluzowa zastąpiona na rozległości 2—3 cm. cienką blizną, ściśle zespojoną z tkanką podśluzową i ochrząstną. W preparacie widać również chorobowe zmiany saméj krtani; błona śluzowa wyścielająca wewnętrzną powierzchnię nagłośni zgrubiała, pomarszczona, pokryta tu i owdzie drobnemi wybujałościami brodawkowatemi; więzadła głosowe również zgrubiałe o nierównéj powierzchni. Zmiany te należy uważać za oznaki zapalenia nieżytowego przewlekłego, rozwijającego się często, bądź to samoistnie, bądź na tle kiłowém. Chociaż w innych narządach nie znaleziono żadnych zmian, któreby wyraźnie na kiłę wskazywały, mimoto jednak należy przypadek niniejszy zwężenia dróg oddechowych odnieść wyłącznie i jedynie do kiły. Owrzodzenia bowiem napotykane w tchawicy i głównych oskrzelach zawdzięczają swój początek prawie wyłącznie gruźlicy albo kile. Wrzody gruźlicze jednak, które często jako takie już charakterystycznemi cechami się odznaczają, nie zabliźniają się prawie nigdy, a przynajmniéj nie są zdolne wytworzyć blizny tak zbitéj i dobrze skonsolidowanéj, jak w niniejszym przypadku; jeżeli wśród gruźliczy poczyna się w jedném miejscu zabliźniać, szerzy się zazwyczaj w innych miejscach daléj i głębiéj tak, iż częściowa blizna po wrzodzie gruźliczym jest raczéj ciekawością anatomiczną, niż początkiem sprawy rzeczywistego gojenia się wrzodu w znaczeniu kliniczném, podczas gdy wrzody kiłowe zabliźniają się często w zupełności. Nadto rozwijają się zazwyczaj wrzody gruźlicze krtani i tchawicy wtedy dopiero, gdy sprawa gruźlicza płuc dosięgła znacznych rozmiarów; w przypadku zaś niniejszym znaleziono w płucach tylko pozostałości dawno ubie-

głéj i ograniczonéj sprawy przewlekle zapalnéj, w postaci ograniczonego zwyrodnienia modzelowatego miąższu szczytów płucnych. Ze względu więc na powyższe cechy jest zmuszonym, pomimo braku zmian cechujących kiłę w innych narządach, ocenić przypadek niniejszy jako zwężenie dróg oddechowych kiłowe (*strictura syphilit. tracheae et bronchi dextri.*)

W dyskusyi podał kol. Obtułowicz kliniczne spostrzeżenia z odnośnego przypadku (będzie umieszczone osobno w Przegl. Lek.). Kol. Obaliński wspomina, iż Koenig zaleca w przypadkach, w których zwężenie znachodzi się bardzo nisko, użycie cewki jego własnego pomysłu; konstrukcyja jéj taka iż od długości zwykłéj kanuli idzie cewka ze sprężyny, a na jéj końcu znowu kawałek stały, długość narzędzia równa się długości tchawicy. W przypadku opisanym nie byłaby prawdopodobnie znalazła zastósowania, gdyż w miejscu zwężenia byłaby zatkała całe światło tchawicy. Kol Obtułowicz twierdzi, że zastósowanie kanuli Koeniga miałoby wtedy swoją donioslość, gdyby np. tchawica zapadała się skutkiem zropienia chrząstek, w przypadkach znacznego zwężenia nie prowadzi ona do celu. W przypadkach opisanych przez Reya używano w takich razach szczypczyków podanych przez Trousseana, które niejako rozwierały tchawicę; Schrötter rozrywał za pomocą swego narzędzia zrosty nawet w oskrzelach, poczém nastawało polepszenie, a nawet wyzdrowienie. Kol. Zarewicz zwraca uwagę na trudności w rozpoznaniu, jakie zachodziły w obecnym przypadku; już kol. Ponikło wspomniał, iż wrzody kiłowe późnego okresu usadawiają się zazwyczaj w górnéj albo dolnéj części tchawicy, pozostawiając środek wolnym od cierpienia. Wrzody te zajmują zwykle znaczną przestrzeń, a szerząc się mogą wywołać zniszczenie chrząstek, które zamknąć mogą światło tchawicy i sprowadzić nagłą śmierć przez uduszenie, jeżeli na zewnątrz wydalone nie zostaną. Przypadek tego rodzaju wystąpić może tém łatwiéj, iż światło tchawicy zwężone jest już skutkiem towarzyszącego obrzmienia błony śluzowéj. W innych przypadkach znowu goją się wrzody w jednéj części, szerząc się równocześnie w innych kierunkach, albo też zagoiwszy się zupełnie pozostawiają blizny, które zmniejszają światło tchawicy. W tych razach bywa przebieg cierpienia przewlekłym, a chorzy uskarżają się na utrudnione oddychanie, kaszel, osłabienie głosu itd. Przypady te wzmagają się coraz bardziéj, aż wreszcie utrudniony oddech przemienia się w napady duszności, które coraz częściéj występują, aż w końcu stają się niemal ciągłemi. Wziernikowe badanie krtani daje wynik ujemny, a chorzy uskarżają się na ból tylko w górnéj części mostka i tę okolicę wskazują jako siedzibę przeszkody w oddychaniu. Chorzy zgłaszają się do szpitala zazwyczaj wtenczas dopiero, gdy z powodu coraz częściéj pojawiających się napadów duszności stają się niezdolni do pracy. Tracheotomija sprowadza chwilową ulgę, co w ten sposób tłumaczyć należy, że śluz nagromadzony po za miejscem zwężenia nie może być wydalonym na zewnątrz z powodu osłabionéj vis a tergo, i zamyka i tak już zwężone światło tchawicy, po rozcięciu zaś tchawicy następuje zadrażnienie błony śluzowéj dróg oddechowych przez powietrze stosunkowo zimniejsze, wywołuje odruch, przez co śluz usunięty zostaje, a chorzy chwilowo wolniéj oddychają. W rozpoznawaniu zwężeń tchawicy, wykluczywszy inne cierpienia a mając na uwadze tylko omawiany przypadek, kierowaćby się wypadało następującemi przypadami: zwolna występującemi i wzmagającemi się napadami duszności, brakiem zmian chorobowych w krtani, osłabieniem i co najwyżéj obłożeniem głosu, bólem w okolicy górnéj części mostka, a w końcu obniżeniem i nieruchomością tchawicy, przy znacznem zniszczeniu pierścieni tchawicy i zrostów z sąsiedniemi częściami (*Trélat*). W opisanym przypadku zachodziła wszakże ta trudność, iż przy badaniu wziernikowém znaleziono obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowéj w okolicy chrząstki nalewkowéj lewéj, przez co prof. Rosner tém bardziéj mógł się widzieć upoważnionym do wykonania rozcięcia tchawicy. Sekcyja wytłumaczyła znaczenie téj zmiany. Skoro jednak po rozcięciu tchawicy utrudnienie oddechu nie ustąpiło, przypuszczono przyczynę zwężenia poniżéj miejsca rozciętego, a lubo nikt niemógł wątpić o przyrodzie cierpienia, mogła jednak zachodzić niepokonana trudność w oznaczeniu rodzaju i rozległości zmian. Badanie wziernikowe było niepodobném z powodu ustawicznego nagromadzenia śluzu, zasłaniającego pole widzenia.

3) Z kolei przedstawił kol. Ponikło płuco i krtań, pochodzące z sekcyi mężczyzny 21 l. liczącego, zmałego w szpitalu św. Łazarza na nosaciznę. Wiadomo iż wśród przebiegu nosacizny u człowieka rozwijają się w skórze właściwéj guzki nowotworowe zamieniające się rychło na drobne ropnie podobne do wielkich krost ospowych. Prócz tego powstają niekiedy, częściéj w nosaciźnie przewlekle przebiegającéj, rozleglejsze ropnie w tkance podskórnéj, wypełnione brudną gęstą ropą, dochodzące czasem wielkości pięści. Podobne nacieki rozwijają się także w narządach wewnętrznych, mianowicie w płucach, krtani, tylnéj części jamy nosowéj i innych; w niniejszym np. przypadku znaleziono guzek taki w przyjądrzu. Główne zaś zmiany znachodzą się na błonie śluzowéj krtani w postaci guzków wielkości ziarna grochu, daléj rozlany naciek nagłośni, a w dolnéj części płuca guz wielkości pięści, zbity, bezpowietrzny, na przekroju szarawo żółto zabarwiony, rozpadający się w licznych miejscach na jamki wypełnione gęstą ropą (*pneumonia malleosa*).

W dyskusyi podaje kol. Radek, że chory, który zmarł w szpitalu św. Łazarza, był na oddz. chorób chirurg. tylko dwie doby. Opowiadał on, że służył jako parobek do koni, nie może jednak podać, czy który z koni był chory; do szpitala przybył przed 8 dniami z cierpieniem spojówki oka prawego; po 5 dniach pobytu na oddziale chorób gorączkowych wystąpiło stwardnienie i obrzęk górnéj powieki oka prawego, rozpoznano karbunkuł i odesłano na oddział chirurgiczny. Kol. Radek uskutecznił natychmiast przecięcie powieki górnéj aż do części zdrowéj, ciepłota wynosiła 40·5° C. Nazajutrz rano stwierdził kol. Obaliński, że mimo poprzedniego przecięcia mniemany karbunkuł szerzy się daléj, przeciął zatém powiekę jeszcze w kilku miejscach, mimo to jednak nie przerwano przebiegu sprawy chorobowéj. Trzeciego dnia rano rozpoznano pyemię na podstawie dreszczów, ropni, żółtaczki i małych guzków rozsianych po całém ciele; nosaciznę można było dopiero w ostatnim dniu rozpoznać, gdy guzki te przybrały kształt podobny do ospic. Kol. Ponikło opowiada o przypadku nosacizny obserwowanym w szpitalu św. Łazarza przed 3 laty. Dotyczył on mężczyzny lat około 20. Gdy przybył do szpitala, uskarżał się na ogólne osłabienie, bóle w stawach i gwałtowny nieżyt nosa, przechodzący w ostry śluzoropotok z krwotokami. Wkrótce pojawiły się na odnogach dolnych i górnych plamki sinawe od wielkości główki od szpilki do wielkości 3 cm. średnicy; późniéj nieco pojawiły się podobne zmiany na skórze czoła i twarzy. W następstwie zamieniły się te plamy na guzki, lekko wyniosłe ponad poziom skóry, na twarzy przeobraziły się w krosty, podobne do wielkich krost ospowych, na odnogach zaś w ropnie, dochodzące wielkości orzecha włoskiego. Gorączka wysoka przekraczająca 40° c., ogólne osłabienie znaczne, brak przytomności, stan ogólny przypomniał chorego durzycowego Przy sekcyi znaleziono oprócz zmian na skórze kilka guzków w tylnéj części jamy nosowéj i na opłucnéj. Kol. Ściborowski namienia, że w przebiegu nosacizny uskarżają się chorzy często na ból w stawach, a sekcyja wykazuje zropienie tychże.

4) Kol. Ściborowski zdaje sprawę z czynności Komisyi, mającéj na celu popieranie wyrobów aptekarskich i ogólno lekarskich krajowych i odczytuje regulamin. W ożywionéj dyskusyi brali udział koll. Janikowski, Grabowski, Obtułowicz, Buszek, Obaliński, Trauczyński i sprawozdawca. Na wniosek kol. Obalińskiego uchwalono ogłaszać w Przegl. Lek. tylko ostateczne wnioski téj komisyi, przyjęte przez towarzystwo, poczém kol. Ściborowski odczytał spis wyrobów aptekarskich już na pierwszém posiedzeniu komisyi przyjętych i zalecanych.

5) Dr. Cwiklicer z Krakowa został wybrany członkiem czynnym a prof. Dr. Laskowski z Genewy członkiem koresp. towarzystwa *Dr. Wurst.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 11 lipca. Wydział lekarski tutejszy na posiedzeniu swém z d. 5 bm. uchwalił przedstawić docenta prywatnego Dra Stanisława Domańskiego na profesora nadzw. chorób nerwowych, oraz mianował Dra E. Macheka asystentem kliniki chorób ocznych.

* Na posiedzeniu komisyi sanitarnéj miejskiéj z d. 5 bm. sekretarz Dr. Buszek zdał sprawę z dotychczasowych

czynności w sprawie szczepienia; referendarz p. Wyrobisz zawiadomił o uchwale magistratu, według któréj tenże w sprawach budowli w miarę potrzeby zasiągać będzie zdania komisyi; Dr. Neusser odczytał sprawozdanie podkomisyi wyznaczonéj do zbadania stanu aresztów miejskich i poczynił wnioski ze stanowiska higijenicznego wskazane, a które komisyja przyjęła z dodatkiem atoli, że zmiany przez podkomisyję wskazane uważa jako minimum zmian pożądanych; następnie w zastępstwie nieobecnego Dra Janikowskiego sekretarz odczytał interpelacyje tegoż tyczące się niewykonania przez Magistrat kilku uchwał komisyi sanitarnéj oraz pominięcie tejże przy zarządzeniu desinfekcyi ogólnéj dla miasta, — na pytania te referendarz magistratu udzielił odpowiedzi; wreszcie tenże odczytał podanie komitetu administr. szpitali tutejszych, aby magistrat zezwolił na urządzenie w szpitalu św. Łazarza dołu do wyrabiania kompostu na uprawę ogrodu przyległego. Fizyk miasta oświadczył się był za udzieleniem pozwolenia pod pewnemi warunkami, natomiast sekcyja V Rady miejskiéj nie przychyliła się do prośby komitetu i uchwaliła oddać tę sprawę pod rozstrzygnięcie komisyi sanitarnéj. Na wniosek Dra Blumenstoka wybrano podkomisyję, w skład któréj wchodzą: fizyk Dr. Mohr, Dr. Pareński prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza oraz Dr. Julijan Grabowski celem rozpatrzenia się na miejscu i zdania sprawy na najbliższém posiedzeniu.

* W Cieplicach czeskich do d. 6 b. m. bawiło gości 5086, a w Krynicy do tegoż dnia osób 762.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 26 (od 23 — 29 czerwca) umarło w Krakowie osób 41; 22 mężczyzn i 19 kobiet; 25 osób umarło w obwodach i 16 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 38·1. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 5 osób, mianowicie: z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 1, z ropnicy 2.

* **Warszawa.** Zmarły w Kazaniu doktór medycycy Żukowski zapisał prawie połowę swego majątku na korzyść niezamożnych studentów warszawskiego uniwersytetu; egzekutorowie testamentu nadesłali już do Banku polskiego dwanaście tysięcy rubli, z któréj to sumy utworzoném zostanie stypendyjum imienia Żukowskich. *(Kur. Warsz.)*

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Kerner w Insbruku mianowany prof. botaniki i dyrektorem ogrodu botanicznego w Wiedniu. — Prof zoologii w Pradze czeskiéj Dr. Stein otrzymał szlachectwo austryjackie. — Prof. anatomii Dantscher w Insbruku wybrany rektorem na rok przyszły. — Prof. Spiegelberg we Wrocławiu powołany został na katedrę opróżnioną w Strasburgu po Gusserowie, a prof. Jürgensen w Tybindze powołany do Kielu po Bartelsie. — W Budapeszcie habilitowali się Drowie Laufenauer i Belky, pierwszy jako docent psychijatryi, ostatni jako docent medycyny sądowéj.

Piśmiennictwo lekarskie. Prof. HENKE (w Tybindze): Topographische Anatomie des Menschen in Abbildung und Beschreibung. Atlas nach Zeichnungen des Verfassers lithographirt von A. Gatternicht in Stuttgart. Erste Hälfte. Vom Kopf bis zum Zwerchfell. 38 Tafeln in Folio. 1878. 20 mark.

BOETTGER H., die Nahrungsverweigerung der Irren. Eine psychiatr. Studie, Leipzig, Zangenberg et Himly. 0·75 m.

BRÜCKE E., üb. willkürliche u. krampfhafte Bewegungen. Wien, Gerold's Sohn. 1 80 m.

BUCHHEIM R., Lehrbuch der Arzneimittellehre. 3. Aufl. Leipzig, Voss. m. 10. —

ERISMANN F., Gesundheitslehre f. Gebildete aller Stände. München, Rieger. m. 3. —

KIHN K., die Iridektomie u. ihre Heilwirkung beim Glaukom. Eichstatt. Krüll. m. 1. —

MITTHEILUNGEN aus dem Königsberger physiologischen Laboratorium, hrsg von W. v. Wittich. Königsberg, Hartung. m. 6 —

PENTENRIEDER B. Beitrag zur Lehre der Necrosen. München, Fritsch. m. 2. 50.

ROUX W, üb. die Verzweigungen der Blutgefässe. Eine morpholog. Studie. Jena, Fischer. m. 1 50,

STRÜMPELL L., die Geisteskräfte der Menschen verglichen m. denen der Thiere Ein Bedenken gegen Darwin's Ansicht üb. denselben Gegenstand. Leipzig, Veit et Co. m 1. 60.

WENZEL E., Atlas der Gewebelehre d. Menschen u. der höheren Thiere f. Aerzte u. Studirende der Medicin. 1. Hft. Dresden, Meinhold et Söhne. m. 2 —

Dr. Fr. FALK (w Berlinie). Die sanitätspolizeiliche Uiberwachung höherer und niederer Schulen u. ihre Aufgaben. II. vermehrte Ausgabe. Leipzig 1878, Veit et C. 2·40 m.

Dr. J. HOCK (we Wiedniu). Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Glaukom. Wiener Klinik. 1878, 6 Heft, Urban et Schwarzenberg, in 8vo.

DEMANGE E. De l'azoturie. Paris 1878, Delahaye, in 8vo, p. 152. Prix. 3·50 fr.

LEGRAND du SAULLE. Les signes physiques des folies raisonnantes. Paris 1878, Delahaye, in 8vo p. 76. 2 fr.

RENDU H. Etude comperative des néphrites chroniques. Paris 1878, Delahaye, in 8vo 221. 4 fr.

MAYER. Die Wunden der Milz. mit 1. chrom. Tafel. Leipzig 1878 Vogel 8vo, str. 156. 6 m.

KÜHNE Dr. H. Die Bedeutung des Anpassungsgesetzes für die Therapie, mit besonderer Berücksichtigung der hygienischen und diätetischen Heilmethoden. Leipzig Günther 1878, 8vo, str. 104. 2 m.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. W. w Poznaniu, Dr. O. w Warszawie. Dr. A. L. we Wiedniu, Dr. G. w Mielcu: Otrzymaliśmy.

Szan. Kolegów, którym prenumerata ukończyła się z d. I bm., upraszamy o rychłe nadesłanie prenumeraty dalszéj, celem uniknięcia przerwy w przesyłce.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Jgn. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 20 Lipca 1878. № 29. Rok XVII.

I. Z kliniki psychijatrycznéj prof. Meynerta we Wiedniu.

Przypadek zboczeń umysłowych powstałych prawdopodobnie w skutek przewlekłego otrucia nikotynem i o zmianach nerwowych i psychicznych w ogóle, wywołanych otruciem tytuniowém.

(Rzecz czytana w Tow. psychijat. wiedeńsk. na posiedzeniu z d. 29 maja 1878.)

Podał Dr. A. J. Laskiewicz-Friedensfeld,
Sekundaryjusz w szpitalu powszechnym, oraz demonstrator w zakładzie histologiczno-fizyjolog. prof. Brückego.

Szanowne Zgromadzenie! Zachęcony pracą F. Dornblütha, pod tytułem „Przewlekłe otrucie tytuniowe“ umieszczoną w Nrze 122 zbioru wykładów klinicznych Volkmanna, chciałbym szan. Panom skreślić bieg choroby, która prawdopodobnie polegała na szkodliwém działaniu wieloletniego wdychania części składowych tytuniu. Przypadek ten w ostatnim czasie spostrzegany w klinice naszéj tyczył się 46-letniego robotnika, w fabryce tytuniowéj pracującego, który przez wiele lat, że tak powiem, żył w atmosferze tytuniowéj, gdyż nie tylko, że sam wciąż bardzo dużo bo koło 20 cygar mocnych palił dziennie, ale nadto mieszkał w fabryce i wdychał ustawicznie cząsteczki liści tytuniu suszonych, które w ciągu całego dnia musiał rozkrajać. Niech mi wolno będzie najprzód zwrócić uwagę szan. Panów na niektóre okoliczności, tyczące się naszego przedmiotu. W skutek nadużycia tytuniu powstają, oprócz zmian ogólnych w czynnościach całego ustroju lub pewnego układu (zboczenia przeważnie w czynnościach mózgu, rdzenia pacierzowego i nerwów) i zmiany miejscowe, zależne i wywołane przez działanie nie tyle samego nikotynu, ile raczéj innych, w tytuniu się znajdujących lub też przy paleniu tegoż się wydzielających związków chemicznych, przedewszystkiém w skutek działania kreozotu, salmiaku (E. Ludwig), węglanu amonowego, kwasów octowego i węglowego, żywicy węglowéj, być może nawet i przez działanie innych związków. Zmiany te są po części mniejszéj wagi i powszechnie znane, jak np. nieżyt dróg oddechowych, błony śluzowéj jamy ust i połyku, nieżyt spojówki, nawet i nieżyt żołądka; po części zaś są to zmiany daleko większéj wagi, grożące życiu chorego; znakomici patologowie, jakoto Virchow, Billroth, Pitha, J. Weber i wielu innych już oddawna wypowiedzieli, że palenie tytuniu przy usposobieniu dziedziczném człowieka przyczynia się do powstania przybloniaka warg i języka i tłumaczy zarazem, dlaczego rak ów tak rzadko zdarza się w tych właśnie częściach ciała u kobiet. Nie ulega też wątpliwości, że pomiędzy ludźmi cierpiącymi na kiłę ci co palą prędzéj dostają wrzodów i lepieża języka i w ogóle błony śluzowéj ust, aniżeli ci, którzy się wstrzymują od palenia; taż sama szkodliwość według Schwimmera wywołuje w błonie śluzowéj jamy ust, przeważnie warg i języka szyszkowiny płaskie u ludzi całkiem wolnych od skazy kilowéj *(idiopathische Schleimhautplaques)*; według Nedopila rowija się z téj saméj przyczyny t. zw. łuszcz języka *(psoriasis linguae)*; oprócz działania chemicznego wyż wspomnianych składników odgrywa tu ważną rolę również i drażnienie mechaniczne, np. cygara.

Nas tu zajmuje przedewszystkiém ogólne działanie nikotynu na ustrój i zboczenia powstałe przez nadużycie tytuniu, a mianowicie zmiany w czynnościach układu nerwowego; nad tym przedmiotem musimy się też nieco dłużéj zastanowić. Odróżniamy otrucie ostre i przewlekłe, podobne do ostrego i przewlekłego alkoholizmu i morfinizmu. Właśnie doświadczenia nad ostrym nikotynizmem, poczynione na zwierzętach, a nawet i na ludziach, dowiodły wielkiego podobieństwa do zboczeń przy przewlekłém otruciu, a całkowitą tożsamość zmian w ostrém otruciu tytuniem, co też dowodzi, że te ostatnie zmiany przeważnie są następstwem działania nikotynu. Schroff *(Lehrb. d. Pharmakologie* 3cie wydanie 1869, Wiedeń, str. 538.) zauważył u królików przy otruciu nikotynem gwałtowne kurcze, nieregularny i zwolniony oddech; nadczulości zwrotnéj, o któréj wspomina,

nie znaleźli inni badacze przy doświadczeniach czynionych na zwierzętach i ludziach; przeciwnie znaleziono przytępienie drażliwości zwrotnéj; Schroff znalazł przy sekcyi królików przekrwienie opony miękkiéj i kory mózgowéj. Przy doświadczeniach poczynionych na ludziach oddziaływał nikotyn w następujący sposób: badani poczuli silne uczucie drapania w połyku i żołądku, zwiększone wydzielanie śliny, uczucie gorąca po całém ciele, późniéj wystąpiło znaczne rozdrażnienie, ból i zawrót głowy, uczucie ciężkości w głowie, odurzenie i ospałość; ze strony zmysłów spostrzeżono: zamglenie wzroku, światłowstręt, przytępienie słuchu, uczucie zatkania ucha, wkrótce potém uciążliwe oddychanie, uczucie jakoby ciała obcego po za mostkiem, duszność, suchość w gardzielu, nudności i wymioty, rozwolnienie, uczucie próżni w żołądku i kiszkach; daléj uczucie zimna po całém ciele, osłabienie wysokiego stopnia, zmęczenie, drganie, omdlenie, niepewny chód, mrowienie, kurcz przeważnie mięśni oddechowych, odbijanie; brak łaknienia trwał dłuższy czas jeszcze. Inni badacze, spostrzegając przeważnie objawy otrucia ostrego, powstałego przez nieostrożność lub samobójstwo, zapisali, że ludzie, ogarnięci okropnym przestrachem, wpadli w pewnego rodzaju ostre obłąkanie prześladowcze, cechujące się niespokojem i bojaźnią, któréj przyczyny należy szukać w uciążliwém oddychaniu; ciekawe jest zjawisko, że podczas kurczów i tężca drażliwość zwrotna znacznie bywała przytępioną w skutek szybko się zmniejszającego pobudzenia i oddziaływania ośrodków nerwowych; zauważono również i znaczne zboczenia w koordynacyi. Doświadczenia dowiodły, że nikotyn pobudza w małych dawkach ośrodki nerwowe i zwoje obwodowe, w większych zaś dawkach ma wpływ drażniący i osłabiający nerwy. U człowieka spostrzeżono również kurcze mięśni kloniczne i tężcowe, odurzenie i śpiączkę; żdziergacz źrenicy bywa najprzód podrażniony, a rozszerzacz porażony; późniéj następuje osłabienie zdziergacza. Tętno bywa przyśpieszone, potém nieregularne i słabe. Nikotyn działa również i na zwoje kiszkowe, następują bowiem gwałtowne wypróżnienia (u zwierząt widziano kurcze macicy, Basch, Nasse); dychawica w otruciu nikotynem zależy według niektórych badaczów od kurczu mięśni gładkich oskrzeli, po którym następuje osłabienie ośrodka oddechowego i zamartwica. Wydzieliny bywają zwiększone. Czy to w skutek podrażnienia ośrodka naczynioruchowego, czy przez działanie nikotynu wprost na mięśnie gładkie naczyń, towarzyszy innym przypadom w ostrém otruciu nik. zmniejszone ciśnienie ościenne drobnych tętniczek (kurcz tychże), a późniéj powiększenie ciśnienia (Bernard, Traube, Rosenthal). Niekiedy zdarza się trudne moczenie. Źrenice bywają różnéj wielkości. Chorzy tracą czucie; następuje dzwonienie w uszach, zamęt, ból w sustawach, ból głowy, osłupienie i śmierć. W celu leczniczym używano tytuniu jako środka zmniejszającego pobudliwość nerwów czuciowych i ruchowych, środka paraliżującego (np. w przepuklinach uwięzgniętych), wreszcie jako leku moczopędnego; używano go zewnętrznie w postaci przyparek, dymu, nalewki lub nastoju i jako lewatywę; kilka razy widziano skutek śmiertelny. Zdarzył się jeden przypadek śmierci po lewatywie z 0·8 nalewki tytuniowéj (Böhm *Handbuch d. Jntoxicationen* w dziele zbiorowém Ziemssena, 1876.). W innym przypadku nastąpiła śmierć po użyciu wewnętrzném nalewki z 2·0 gr. tytuniu. Landerer spostrzegał niekiedy śmierć po użyciu nalewki lub t. zw. soku tytuniowego (we fajkach), mającego u narodów wschodnich sławę środka leczniczego w chorobach skóry. Spostrzeżono nawet śmiertelny wynik po użyciu t. zw. lawatyw dymowych; Namias opowiada o kontrabandziście, który przez dłuższy czas nosząc mnóstwo liści tytuniu pod koszulą, otruł się przez działanie zewnętrzne nikotynu. Znany jest przypadek otrucia po użyciu tabaczki w ilości $1\frac{1}{2}$ gr.; w innym przypadku po wyżyciu 17 gr. Marchand widział nagłą śmierć po połknięciu t. zw. soku z fajki. Miejscowo działa najmocniéj świeży tytuń, jeśli jest wilgotny. Najczęściéj zdarzają się otrucia nikotynem w skutek palenia; w dymie tytuniu znalazł Heubel lotne sole nikotynowe. Składniki te zostają wessane i dostają się do krwi drogą naczyń włosowatych płuc, do których dym bywa wciągnięty; jednakże błona śluzowa połyku i żołądka jest również w stanie wessać nikotyn. Oppolzer opowiada o człowieku, który zasnął z cygarem w ustach; człowiek ten stracił przytomność, doznał kurczów i umarł wśród sinicy. Spostrzeżono śmierć po 1 — 2 fajek (Schroff); w innym przypadku po użyciu 4·0 tytoniu, po 17 — 18 fajkach. W przypadkach tych znaleźli chemicy ślady nikotynu we wszystkich narządach i wydzielinach, nawet w pocie i w moczu, najwięcéj w ślinie. Przy sekcyi (Ziemssen l. cit., pag. 454.) znaleziono między innemi następujące zmiany: przekrwienie opon mózgowych, samego mózgu, powiększoną ilość surowicy w mózgu; przekrwienie i wybroczyny krwi w narzędziach brzusznych. Przypadki właśnie przytoczone dowodzą indywidualnéj nieszkodliwości tytuniu, która u różnych ludzi jest bardzo nierówną, co też zauważono i na zwierzętach. Niektórzy doznawają po pierwszéj próbie palenia przypadów nerwowych, podobnych do t. zw. choroby morskiéj (Dornblüth), szczególna tkliwość zdarza się nawet u przyzwyczajonych do tytuniu, np. przy chorobach różnego rodzaju. W otruciu przewlekłém następuje ogólne osłabienie układu nerwowego, tęskne, nader płaczliwe usposobienie, niechęć nawet i niemożliwość pracowania umysłowo, zawrót i ból głowy, bojaźń, drażliwość na różne bodźce, łatwe znużenie, drganie odnóg, utrata popędu płciowego, bicie serca, obłąkanie prześladowcze, trwoga, duszność, wieczorem nawet napady *anginae pectoris*, morzysko, biegunka, bolesne moczenie; chorzy brzydzą się tytuniem, a przecież nie mogą się odzwyczaić i muszą palić; mogą się zdarzyć nawet i częściowe kurcze i niedowład mięśni, choć to już bywa oznaką otrucia ostrawego. Podmiotowe uczucie smaku tytuniowego ma być zwiastunem otrucia przewl.; chorzy słabieją, stają się bezkrwistymi, skóra ich staje się brudno-żółtawą, umierają nawet na gruźlicę (Hirt *Krkh. der Arbeiter, Bd. 3)* niekiedy są chorzy bardzo rozdrażnieni, cierpią na polucyje; dziewczyny mają często silne miesięczne odpływy, często się zdarza poronienie (Drysdale), co też i miało miejsce w fabryce, zkąd był nasz chory i gdzie przeważnie pracują kobiety. Robotnice po niejakim czasie źle wyglądają; znaleziono u nich nikotyn w mleku; dzieci ich często umierają (Merkel *Gewerbekrankheiten*, Ziemssens *Hdb. der spec. Path. und Ther. Bd. I.)*. Najszkodliwiéj działa nikotyn na nerwy i zmysły. O zboczeniach słuchowych już wspomniałem. Ritter znalazł zmniejszenie akomodacyi; Reymond spostrzegł powiększone napięcie gałki. Mackenzie po raz pierwszy opisał niedoślep nikotynowy; chorzy widzą jakby przez mgłę, we dnie gorzéj, odróżniają źle kolory (Sichel, Masselon); pole widzenia bywa zwężone, pojawiają się plamki *(scotoma)*. Hutchinson znalazł brodawkę nerwu wzrokowego bladą, tętnicę siatkówki zwężoną i sądzi, że przedtém było przekrwienie; w 2ch przypadkach ślepota była następstwem zaniku nerwu wzrokowego; H. sądzi, że wyskok jest w stanie

usunąć te skutki nikotynu; inni przeciwnie sądzą, że napoje wyskokowe przyśpieszają objawy otrucia tytuniowego. Kośmiński (Klin. Warszawska, VIII, str. 12.) opisuje przypadek ostrego otrucia w skutek wprowadzenia t. zw. soku tytuniowego do spróchniałego zęba: nastąpiła ślepota, rozszerzenie źrenicy i omdlenie; upust krwi, gorczycznik i okłady zimne sprowadziły ulgę. Ja także w klinice Arlta widziałem kilka przypadków niedośleрu tytuniowego: Arlt sam niemało takich widział przypadków i dobre spostrzegał skutki, jeśli chorzy przestali palić i nosząc ciemne okulary używali środków napotnych lub przeczyszczających: w innych przypadkach pomagają wstrzykiwania *strychnini nitr.* Skoro chorzy zaczęli na nowo palić, wtenczas powróciły dawne zboczenia. Z dobrym skutkiem używano elektryczności indukcyjnéj, morfinu w wielkich dawkach i taninu. Wiadomo, że wyskok, większa część alkaloidów, zatem i niektóre inne leki w małych dawkach pobudzają, późniéj działają osłabiająco na nerwy, albo zaś odrazu paraliżują ośrodki nerwowe, że jednak organizm wkrótce się do nich przyzwyczaja. Na inne alkaloidy organizm po niejakim czasie nie oddziaływa, jeżeli dawki są małe, należy więc dawkę powiększyć, aby skutek wywołać. Przeciwnie znamy znów alkaloidy (strychnin, digitalin), które organizm znosi tylko w bardzo małych, późniéj w coraz mniejszych dawkach; tak, że ta sama mała dawka, kilka razy używana, śmierć może wywołać przez kumulacyję. Tę samą własność ma wyskok; tylko trzeba tu więcéj lat, ażeby zauważyć skutki otrucia. Podobnie jak wyskok działa i nikotyn. Chory okazuje t. zw. początkowe *(prämonitorische)* oznaki porażenia postępowego *(progressive Gehirnparalyse)*. Leudet sądzi, że otrucie nikotynowe prędzéj się pojawia u takich robotników, którzy sami dużo palą, szczególnie jeśli przytém cierpią na niestrawność, co też i u naszego chorego miało miejsce. Według niektórych wciąganie tabaki do nosa lub też żuwanie liści daleko rzadziéj bywa szkodliwém, aniżeli wciąganie dymu do płuc i połykanie tegoż, co po części zależy od łatwiejszéj własności chłonięcia błony śluzowéj płuc i żołądka, aniżeli błony śluzowéj nosa lub ust, po części zaś zależy od większéj ilości nikotynu przy paleniu. W zamkniętym lokalu, przy złéj wentylacyi, prędzéj następuje otrucie, tém bardziéj jeśli robotnicy za nadto wiele pracują, a nieodpowiednio się żywią. Sądzono, że nikotyn nie podziela własności kumulacyi z innemi alkaloidami; tymczasem większa część autorów jest przeciwnego zdania. Robotnicy we fabrykach cierpią często nieżyt żołądka lub tylko bolesne w nim uczucie, albo rozwolnienie lub zatkanie stolca, polucyje; bardzo często zdarzają się nerwobóle w różnych częściach ciała (Merkel); władze psychiczne coraz bardziéj podupadają, pamięć się zmniejsza; chód, ruchy bywają niepewne; rozwija się obłąkanie prześladowcze, nawet i szaleństwo uważano w jednym przypadku. Suchoty płucne często się wydarzają; Zenker znalazł u robotników w płucach brunatne ciałka, również i Merkel. Chory nasz wciąż przymuszony był wdychać cząstki suchych liści tytuniowych, gdyż przez cały dzień, jak to wspomnieliśmy, zajmował się rozcinaniem i rozkładaniem liści; oprócz tego palił niezmiernie dużo i często.

Dnia 9go kwietnia rb. przyjęty został do kliniki naszéj 40 lat liczący grek Nikoli Dimitriades Bahtschekivili. Świadectwo lekarza fabryki nie wyjaśniło nam przyczyny przyjęcia chorego do kliniki chorób umysłowych, ponieważ w niém była mowa jedynie o melancholicznem, tęsknem usposobieniu pacyjenta, cierpiącego od paru lat przewlekły nieżyt żołądka i jakąś chorobę wątroby. Chory sam był bardzo małomówny, nie władał przytém należycie językiem niemieckim. Daleko więcéj dowiedzieliśmy się o stanie chorobowym jego od bezpośredniego przełożonego, od kolegów i przyjacieli, nauczyciela i dyrektora fabryki. Chory, który w ciągu 3 lat pracując w pewnéj fabryce wiedeńskiéj, odznaczał się nadzwyczajną pilnością i wytrwałością, od 4 — 6 tygodni znaczne okazuje zmiany: często odpoczywał, bardzo mało lub wcale nie pracował, zasypiał często podczas roboty, stał się nieruchomym, tęsknym, roztargnionym; będąc przedtém dość rozsądnym i towarzyskim, nawet czasem wesołym, unikał w ostatnim czasie towarzystwa przyjaciół, z nikim nie mówił, tylko czasem przy robocie mawiał do siebie po niemiecku, powtarzał lekcyje tego języka; pamięć stracił po części, co też potwierdził jego nauczyciel. Zdarzyło się raz, że chory rzucił do brudnéj bielizny swój złoty zegarek. Przed 3ma laty był w Konstantynopolu właścicielem sklepu tytuniowego; poniósłszy wielką stratę i sprzedawszy własność swą, udał się jako robotnik do Wiednia. W ciągu 3 lat był całkiem zadowolony ze swego stanowiska, był nawet wesoły i rozmowny. Chory średniego wzrostu, dość silnéj budowy; źle odżywiony; mięśnie wiotkie, skóra brudno-żółtawéj barwy. Rysy twarzy noszą ślady znużenia i tęsknoty. Źrenice średniéj wielkości, prawa nieco szersza. Błona śluzowa warg, jamy ustnéj i spojówka bardzo blade; język drga, szarawo-białym pokryty nabłonkiem; zresztą błona śluzowa jamy ustnéj żadnéj zmiany nie okazuje. Lekkie drganie rąk, siła mięśniowa mierna. Lewy nerw twarzowy cokolwiek słabszy. Wymowa nie całkiem prawidłowa. Chory podaje, że dotąd zawsze był zdrów; w pokrewieństwie nikt nie cierpiał choroby nerwowéj lub umysłowéj. Przed rokiem zachorował na nieżyt żołądka, gdyż z rana zwykł większą spożywać ilość sera i jaj na twardo gotowanych. Za poradą lekarza udał się do Kaltenleutgeben, jednakże najmniejszéj ulgi nie doznał. Czuje już oddawna rżnięcie w brzuchu, najbardziéj w okolicy prawego podżebrza i żołądka; uczucie to niepewne, którego chory bliżéj opisać nie mógł, zdawało się być zależne od nerwobolów splotu brzusznego i po części mogło zależeć od nieżytu żołądkowego, najbardziéj pochodzić mogło od otrucia nikotynowego, jakto wyż wspomniane przykłady dowodzą. Nieżyt żołądka nie mógł być znacznym, chory bowiem ani nie wymiotował, ani nie stracił przez dłuższy czas apetytu; kiedy niekiedy doznawał tylko lekkich nudności; w czasie 46-dniowego pobytu jadał on z apetytem, nudności nie miał i tylko język był obłożony. Wątroba cokolwiek powiększona, przy dotykaniu wcale nie bolesna. Zresztą w innych trzewach brzusznych, jakoteż i piersiowych stan prawidłowy. Przyczyny hipochondryi, powstałéj w skutek bolów i uczuć w trzewach, należy szukać w zmniejszonéj czynności czołowych płatów mózgowych, hamujących ośrodki nerwów czuciowych trzew; jak już wspomnieliśmy chorobę naszego pacyjenta, mianowicie obłęd *(perturbatio)*, należy zaliczyć do rzędu początkowych zwiastunów zaniku mózgu postępowego, który zapewnie powstaje w skutek przewlekłego cierpienia czołowych płatów mózgowych i następstwem którego jest utrata inteligencyi. Chory nasz przyznał, że dawniéj był onanistą, a obecnie popęd płciowy ustąpił prawie całkiem; Meynert uważa onaniję nie jako przyczynę, lecz jako skutek choroby nerwowéj, po większéj części wrodzonéj lub też pojawiającéj się wcześnie. Oprócz wyż wspomnianych szkodliwości, mających wpływ na odżywienie ogólne (otrucie nikotynem, lekki nieżyt żołądka), chory nasz ogromnie się natężał, gdyż oprócz dość uciążliwéj, jednostajnéj pracy (rozcinania i pakowania

liści tytuniu całemi dniami) zaczął uczyć się po niemiecku. Nauczyciel podał, że chory bardzo słabą miał pamięć, żadnych postępów nie czynił, był bardzo roztargniony, okazując pod każdym względem psychicznym wielkie znużenie i trudne pojmowanie. W czasie pobytu chorego w klinice, zauważono u niego, że raz w wysokim stopniu był roztargniony; powitawszy swych przyjaciół, którzy go odwiedzali, szedł po pokoju, sprzątał, tak jakby nikogo w pokoju nie było, jakby o nich nic nie wiedział, a nie pożegnawszy się z nikim wyszedł ze sali. Po kilku tygodniach pobytu w klinice stan polepszył się, chory poczuł ochotę do pracy; opuścił po 4 tygodniach pobytu szpital; radzono mu, aby się udał na jakiś czas na wieś i lepiéj się żywił, unikając natężenia umysłowego i cielesnego. Z powodu osłabienia zażywał żelazo oraz jodek potasu, środek w otruciach przewlekłych, polegających na obecności we krwi szkodliwego składnika, z dobrym skutkiem zawsze używany. W moczu chorego, który w szpitalu bardzo mało palił, nie znaleziono nikotynu. Wiadomo, że powodem do powstania zaniku postępowego mózgu bywają najczęściéj: zgryzota, kłopoty, utrata pieniędzy i stanowiska, zmartwienia, na co Meynert ze względu ajtyjologicznego wielki kładzie nacisk. Wzruszenia te psychiczne miały i u naszego chorego miejsce, lecz nie mogły być powodem słabości umysłowéj, gdyż chory po tych stratach i zmartwieniach w ciągu 3 lat żył całkiem zadowolony, często w towarzystwie przyjaciół bywał wesołym i rozmownym i żadnych zboczeń ani cielesnych, ani psychicznych nie okazywał.

W dyskusyi zabrał głos prof. E. Hofmann: Pod względem otrucia ostrego mowca musi namienić, że doświadczenie Schroffa, jakoby pobudliwość zwrotna się zwiększała, wcale nie jest uzasadnione; liczne doświadczenia różnych autorów, jakoteż własne, czynione razem z prof. Baschem, dowiodły zmniejszenia pobudliwości; H. kładzie nacisk na to zjawisko powiększonego ciśnienia szczególniéj w mniejszych tętniczkach, które się kurczą; być może, że znaczna trwoga i niepokój zależą od nieprawidłowego krążenia krwi w odpowiednich ośrodkach. Prof. Meynert zgadzając się ze zdaniem prof. H. przytacza z własnego doświadczenia, że otrucie ostrawe nikotynem najczęściéj sprowadza objawy okropnéj trwogi. Przypadek właśnie opisany mógłby po części wytłumaczyć, dlaczego porażenie mózgu postępowe tak często zdarza się u mężczyzn w porównaniu z płcią żeńską, jeżeliby następne poszukiwania statystyczne dowiodły, że mężczyzni dotknięci tą chorobą, nietylko dopuszczali się wybryków in Baccho et Venere, ale i dużo palili.

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28.)

W dwóch przypadkach przyjętych na klinikę z rozpoznaniem wrzodu stwardniałego w kilka dni po jego pojawieniu się trzeba było 20 wstrzykiwań do osiągnięcia zupełnego ich zabliźnienia bez używania innych środków miejscowo działających prócz zwykłéj czystości i zakładania skubanki. W obu tych przypadkach kiła wtórorzędna podczas ich pobytu na klinice przez cztery blisko tygodnie nie pojawiła się wcale, a kiedy następnie przybyli na klinikę po przerwie od ½ do 1 roku, badanie ścisłe wykazało u nich objawy kiły następowéj tak łagodne, że zmiany ustąpiły bez przeprowadzenia lekowania ogólnego tylko przy użyciu środków miejscowo działających.

Z powodu interesu klinicznego, jaki przypadki te, jako ilustracyja korzystnego wpływu wstrzykiwań podskórnych białkanu rtęciowego przedstawiają, przytaczam je w jak największém streszczeniu.

1) Ignacy K. z Balina, l. 28, wyrobnik, przybył 29 maja 1876 na klinikę naszą; rozpoznano: *Ulcera indurata praeputii, ulcera ex balanoblenorrhoea, adenitis inguinalis insignis ambilateralis, praecipue autem in regione inguinali sinistra.* Spółkował po raz ostatni w kwietniu, pierwsze owrzodzienie zauważył w połowie maja. Mężczyzna dobrze zbudowany, ale niekoniecznie dobrze odżywiony z cerą twarzy bladą, okazuje obok dwóch wrzodów na wewnętrznéj powierzchni napletka bez podstawy stwardniałéj, dwa jeszcze owrzodzenia powierzchowne w rowku za żołędzią o podstawie wybitnie stwardniałéj, przez co załamek napletka przybrał postać pierścienia rogowego. Gruczoły pachwinowe zwłaszcza po stronie lewéj wybitnie obrzękłe wielkości małych orzechów włoskich. Zalecono odrazu wstrzykiwanie z białkanu rtęciowego w grzbiet; znosił je dość dobrze, zwłaszcza w dalszym toku leczenia; z początku ból trwał 2—3 godzin, a nacieki podskórne lubo niezbyt znaczne niepozwalały spać choremu na stronie zajętéj; zresztą jednak apetyt i sen nie pozostawiały nic do życzenia. Po 20 wstrzykiwaniach wrzody się zupełnie zagoiły a po 25 wstrzykiwaniach i 31 dniach leczenia chory opuścił zakład nie okazując innych zmian zakażenia ogólnego, jak tylko nieznaczne obrzmienie gruczołów pachwinowych i mierne powiększenie gruczołów karkowych, które wystąpiło wsród leczenia.

Dopiero w rok pózniej bo 9 maja 1877 zgłosił się do nas tenże sam chory dobrze odżywiony ze zmianami nader łagodnemi, bo najdokładniejsze badanie nie potrafiło wykryć żadnych innych objawów kiły, jak tylko mierne powiększenie gruczołów pachwinowych i nader nieznaczne gruczołów karkowych, a nadto koło stolca kłykciny sączące w postaci jednego płaskiego guzka wielkości centa ponad poziom skóry sąsiedniej wzniesionego i pokrytego wypociną szarawą. Zastósowanie metody Chérona tj. pocieranie laseczką kamienia piekielnego, a następnie zynku litego, co 2gi dzień uskuteczniane, potrafiło w ciągu dni 18 usunąć zmianę tę zupełnie. Tylko dla uchronienia chorego od powrotu choroby zalecono mu na wychodném pigułki *ex protojodureto hydrargyri* (1,00 : 40 pigułek, po 3 pigułki dziennie). Przez cały rok zatém chory był wolny od objawów kiły, gdyż wywiady nader dokładne nie wykryły żadnéj pod tym względem wątpliwości; chory zeznawał, że nie zauważył żadnych plam wybitnych na tułowiu, ani bólu gardła przez ten czas cały; albo też objawy były tak nieznacznemi, że je chory łatwo mógł przeoczyć.

W drugim przypadku u Franciszka G., l. 26, z Lanckorony, czeladnika kuśnierskiego, rozpoznano 17 października 1876 „*Ulcus induratum praeputii, monadenitis inguinalis sinistra haud insignis.*“ Na powierzchni wewnętrznéj napletka

po stronie lewéj widać wrzód powierzchowny wielkości ½ centa, pokryty wypociną szaro-żółtawą, o podstawie nieco stwardniałéj. Po stronie lewéj gruczoł pachwinowy wielkości bobu, dość twardy i niebolesny. Po 9 wstrzykiwaniach białkanu rtęciowego wrzód powyższy począł się zabliźniać, a po 20 wstrzykiwaniach zabliźnienie ukończone; wstrzykiwania znosił chory bardzo dobrze, ból i nacieki podskórne były nieznaczne. W ciągu leczenia przybyło chorego 4 funt. (ze 106 na 110 funt.). Dni leczenia 22. Chory zgłosił się dopiero na klinikę . maja 1877 z kłykcinami sączącemi skąpemi po obu stronach moszen i w rowku łonowo-udowym prawym od wielkości bobu do wielkości 4 centów. Po 5 przyżeganiach według metody Chérona w ciągu dni 16 i wyżyciu 1,00 protojodureti hydrargyri zmiany zupełnie i aż dotąd bezpowrotnie ustąpiły.

Podobnyż wpływ korzystny wstrzykiwań białkanu na przebieg następowy kiły wtórorzędnéj mógłem stwierdzić także w 2ch przypadkach wrzodu stwardniałego w praktyce prywatnéj obserwowanych.

W innych przypadkach zwłaszcza tych, gdzie już wrzód stwardniały trwał długo, bo chorzy okazywali w chwili przybycia lub w kilka dni po przybyciu świeże objawy kiły wtórorzędnéj (w 5 przypadkach), wystarczała mniejsza ilość wstrzykiwań, bo 7, 8—12 do sprowadzenia zupełnego zabliźnienia wrzodu. W tych też przypadkach wpływ wstrzykiwań na przebieg objawów kiły wtórorzędnéj nie różnił się niczém od wpływu, jaki mógłem zauważyć w przypadkach kiły wczesnéj, w których już wrzody pierwotne były pogojone poprzednio, tak że stwardniałości żadnéj lub tylko ślad po niéj można było wykazać. (w 27 przypadkach). Po dwudziestu lub dwudziestu kilku wstrzykiwaniach białkanu rtęciowego ustępowały zmiany tak na skórze, jak i na błonach śluzowych.

Co do szczegółów bliższych, to w przypadkach lekkich kiły wtórorzędnéj, mianowicie, jeżeli na skórze była osutka plamista, a na błonach śluzowych kłykciny sączące w postaci drobnych guzków wielkości groszku do ½ centa, zmiany chorobowe znikały szybko pod wpływem wstrzykiwań i tak: po usunięciu osutki plamistéj wystarczało 8, 10, 12, osutki plamisto-guziczkowéj 15—20, co najwięcéj 25—30 wstrzykiwań; kłykciny nie leczone wcale miejscowo ustępowały zwolna i później nieco od osutki plamistéj, lecz za to przy użyciu leczenia miejscowego, zwłaszcza zaś wybornéj metody Chérona, która od lat dwu w codzienném znajduje się zastósowaniu na klinice naszéj, znikały po 4, 7, 10 co najwięcéj 15 wstrzykiwaniach i 3, 4, 5 przyżeganiach laseczką lub roztworem azotanu srebrowego (1:2) i pocieraniach następnie laseczką wygładzoną zynku litego. Użycie co dopiero wspomnianéj metody leczenia kłykcin sączących nadaje się bardzo tak w praktyce prywatnéj jak i szpitalnéj, a to z powodu tak czystości leczenia, taniości tegoż jak i z powodu szybkości działania. Szczególniéj nadaje się ta metoda przy leczeniu kłykcin sączących stanowiących jedyne objawy kiły wtórorzędnéj powracającéj, gdzie częstokroć jedynie leczenie miejscowe wystarczy zupełnie do wyleczenia chorego z łagodnéj recydywy. Wprawdzie przy pierwszych przyżeganiach mocny ból chwilowo dokucza chorym, ale nie jest on mocniejszym od nieprzyjemnego uczucia towarzyszącego przyżeganiom roztworem wyskokowym sublimatu, mija szybko, a z drugiéj strony działanie tego środka żrącego da się ściśle ograniczyć do przestrzeni zajętéj chorobowo, gdyż przy użyciu leków stałych w postaci laseczek unikamy rozlewania się po za granice kłykciny, tak nieprzyjemnego przy użyciu roztworów sublimatowych lub innych tymże podobnych w działaniu. Pobliższe szczegóły odsyłam szanownych czytelników do rozprawy kol. Skobla skreślonéj w zeszłym roczniku Przeglądu Lekarskiego (Nr. 39, 40 i 41), z którego doświadczeniami i zapatrywaniami na metodę Chérona zupełnie się zgadzam, oparty na dwuletniém przeszło doświadczeniu.

Nie mogę atoli chociaż pobieżnie nie dotknąć części teoretycznéj wyświecającéj działanie leków użytych w tym sposobie leczenia; nie tłumaczę go wcale prądami galwanicznemi wynalazcy, tylko „statu nascenti" połączeń chemicznych. W każdym podręczniku chemicznym uwydatnionem jest działanie zynku, żelaza itd. na roztwory metaliczne, w szczególności zaś na roztwór azotanu srebrowego. Jeżeli laseczkę zynku litego włożymy do roztworu azotanu srebrowego, to kwas azotowy połączy się z zynkiem tworząc azotan zynkowy, a srebro metaliczne wydzieli się jako proszek miałki, czarny, na powierzchni lśniącéj zynku litego. Podobnież przy działaniu azotanu srebrowego na tkanki ustroju powstanie najpierw połączenie białka strąconego z wydzielin z azotanem srebrowym, tu uwydatniające się w postaci strupa mlecznobiałego, a za potarciem laseczką zynku litego wydziela się z tego połączenia organicznego srebro metaliczne jako powłoka czarna, a zynk występuje w połączenie zamiast srebra, przez co utworzy się połączenie białka z azotanem zynkowym. Lecz właśnie ten status nascens połączeń chemicznych działa żrąco na naciek ograniczony i rozpadający się na powierzchni, a zwany kłykciną sączącą, i wywiera wpływ zbawienny przy użyciu téj metody. Łatwe wnikanie świeżo utworzonego połączenia chemicznego tłumaczy ból przy pierwszém zastósowaniu tego lekowania i szybkość działania w przypadkach kłykcin świeżych; jeżeli zaś kłykcina jest pokryta przyskórkiem lub strupkiem i przedstawia naciek w skorze z przerostem brodawek, działanie nie jest tak szybkiém ale i ból jest nieznacznym. Powyżéj już wspomniane zalety tego sposobu leczenia miejscowego omówione obszerniéj przez kol. Skobla powinny zachęcić szan. kolegów do korzystania z nadarzającego się materyjału chorobowego i wyrobienia sobie własnego pod tym względem zdania, które z pewnością będzie, jak się spodziewam, dla metody Chérona pochwalnem.

Nie zawsze atoli wpływ wstrzykiwań podskórnych białkanu rtęciowego jest tak korzystnym pod względem przebiegu zmian chorobowych w kile wtórorzędnéj i nie zawsze tak szybko usuwa zmiany, jak to powyżéj nakreśliłem. Jak każda metoda leczenia kiły, tak i metoda wstrzykiwań podskórnych ma swoje strony ujemne, zwłaszcza jeżeli wartość jéj zostanie wystawioną na próbę przy leczeniu przypadków kiły złośliwszych. Poniżéj w streszczeniu przytoczone historyje choroby posłużyć mogą za dowód, że w jednym przypadku mimo 20, a w dwu innych mimo 28 wstrzykiwań białkanu rtęciowego pojawiła się osutka i to złośliwsza od poprzedzającéj, a nadto chrypka i kłykciny sączące, w ogóle objawy cięższe, niż na początku leczenia, które dopiero po zaleceniu kilkunastu wcierań w zupełności ustąpiły. Przypadki te stanowią dowód, że wstrzykiwania białkanu rtęciowego są wprawdzie wybornym środkiem do usuwania lekkich zmian kiły świeżéj, do przyspieszenia zabliźnienia wrzodu pierwotnego, lecz że w przypadkach cięższych ustąpić muszą pierwszeństwa energicznie przeprowadzonéj kuracyi za pomocą wcierań szaruchy, a zdanie to wypowiedziane w pierwszéj méj pracy o białkanie rtęciowym i dzisiaj jeszcze po dalszém półtorarocznem doświadczeniu powtórzyć muszę. Takież same są i zapatrywania Sigmunda na strony dodatnie i ujemne

wstrzykiwań podskórnych (*Wiener Klinik, Heft 10,* 1876. „*Ueber neuere Behandlungsweisen der Syphilis*“), który wstrzykiwania zaleca w łagodnych i pojedynczych formach kiły wtórorzędnéj występujących obok stwardniałości pierwotnéj i kłykcin pod postacią świeżych plam, guziczków, małych krost i guziczków pokrytych łuseczkami (*Syphilis cutanea maculosa, papulosa, psoriatiformis*), lekkiego zajęcia błon śluzowych jamy ust i połyku, a więc jak zazwyczaj występujących w 3, 4 lub 6tym miesiącu po zarażeniu się. U chorych bojaźliwych chcących się leczyć zaraz z początku nadają się bardzo wstrzykiwania, jeżeli chory zachowuje obok tego odpowiednią dyjetę i żyje higijenicznie; zwłaszcza że wstrzykiwania w ogóle są operacyją bardzo łagodną i prostą i nie mogą przynieść żadnéj szkody choremu przy odpowiedniéj zręczności lekarza. Autor jednak przyznaje dawniejszym sposobom leczenia tj. zadawaniu pigułek z jodku rtęciowego wewnętrznie i używanie sublimatu zewnętrznie, a przedewszystkiém wcieraniom szaruchy większą skuteczność i zaleca je w formach cięższych, dłużéj trwających i uporczywych. Podobnegoż zdania są inni autorowie ogłaszający w czasopismach lekarskich doświadczenia robione z wstrzykiwaniami białkanu rtęciowego, jak Gschirhakl (*Wiener med. Wochenschrift* 1877, 10 etc.) Neumann (*Wiener Gesellschaft der Aerzte Sitz. v. 27/10* 1876) i inni; jedynie tylko Klink z Warszawy rokuje nadzwyczaj wielkie nadzieje dla białkanu rtęciowego wychwalając zanadto jego skuteczność, w czém go jeszcze Grünfeld przewyższa (Klink. Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1877, Grünfeld *Wiener mediz. Presse* Nr. 35—38 1876.) Za dowód zatém, że wstrzykiwania podskórne białkanu rtęciowego w obec złośliwszych form kiły są bezsilnemi, niechaj posłużą następujące historyje choroby przytoczone w jak największém streszczeniu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

The fonctions of the brain p. Dawida Ferriera, sprawozdanie z przekładu francuskiego 1878, przez Dra A. Kwaśnickiego.

Zastósowanie metody doświadczalnéj do badań fizyjologicznych, uświęconéj przez Bacona i Descartesa, a z chwałą i pożytkiem dla nauki rozwijanéj przez Longeta, Magendiego, J. Müllera, a zwłaszcza przez nieodżałowanéj dla świata naukowego pamięci Kl. Bernarda, składa nowy dowód swéj płodności w genijalnej pracy Dra Ferriera, o któréj już w Nr. 13 Przeglądu Lekarskiego r. b. poczyniłem luźne uwagi.

Rozporządzając olbrzymim materyjałem naukowym, jakim się nie poszczycą szkoły kontynentu, Ferrier badał mózg zwierząt stojących na rozmaitych szczeblach doskonałości ustrojowéj; chcąc jednak wysnuć jak najwięcéj analogicznych wniosków dla wyświecenia czynności mózgu ludzkiego, badał on najdłużéj i najstaranniéj mózg małpy; dzieło więc Ferriera, będące zestawieniem licznych doświadczeń, nie nadaje się do skrócenia i streszczenia, i zdając zeń sprawę zmuszony będę uwzględniać tylko ogólne pojęcia w niém zawarte, oraz wnioski, do których autor na podstawie swych badań doszedł.

Ferrier rozpoczął swą pracę wykładem opisowym pierwocin mózgu i rdzenia, zastanawia się następnie nad czynnościami odruchowemi ostatniego, czyni swe uwagi nad Pflügera pojęciami o téj sprawie, zbijając je doświadczeniami Goltza. Dalsze rozdziały poświęca autor anatomii i fizyjologii rdzenia przedłużonego i móżdżku, a po krótkiém lecz wyczerpującém zastanowieniu się nad skutkami odjęcia mózgu, roztrząsa on sprawy zachowania równowagi ciała, czucia mięśniowego, czynności przewodów półkolistych, zawrotu głowy, koordynacyi mięśniowéj, nakonice mechanizmu uwydatniania odczutych wrażeń i przechodzi do głównego zadania swéj pracy, do czynności mózgu, zakończonéj wyczerpującym poglądem na mózg, ze względu na jego czynności psychologiczne.

Głównem zadaniem pracy Ferriera jest udowodnienie na drodze doświadczalnéj lokalizacyi czynności mózgowych; do r. 1870 panowało powszechnie w nauce mniemanie, że mózg jest nieczułym na wszelkie bodźce, w czém głównie Longet i Magendie utwierdzili lekarzy; w rzeczonym roku Hitzig i Fritsch ogłosili swe niezmiernéj doniosłości doświadczenia, dowodnie przekonywające, że mózg jest wrażliwym na bodźce elektryczne, że prąd przepuszczany przez niektóre okolice półkul mózgowych wywołuje ruchy w przeciwnéj połowie ciała. Prof. Ferrier w ciągu 3 letniéj doświadczalnéj pracy nietylko stwierdził prawdziwość powyżéj przytoczonych wniosków Hitziga i Fritscha, ale szeregiem wytrwale i mądrze przeprowadzonych doświadczeń doszedł do przekonania, że ruchowi każdego członka, każdéj gromady mięśniowéj, jak równie ruchom skombinowanym, zmierzającym ku pewnym celom, odpowiadają w istocie szaréj pewne punkta, których elektryzowanie wywołuje rzeczone ruchy, czyli innemi słowy: istnieją w stale określonych miejscach kory mózgowéj komórki ruchowe, posiadające czynnościowy a zapewne i anatomiczny związek z oddzielnemi grupami mięśniowemi, i że ruchy tych mięśni zależą od podniecenia rzeczonych komórek, bądź drogą bodźców przyrodzonych, jak wola, czucie obwodowe, bądź sztucznych, jak bodźce elektryczne. Liczne doświadczenia a na mózgu małp dokonane umożebniły Ferrierowi utworzyć topografiję czynności ruchowych mózgu, a zakres istoty szaréj, obejmujący tę sferę ruchową, okazał się najszerszym u zwierząt, stojących na wyższym stopniu doskonałości ustrojowéj, a ścieśnia się w prostym stosunku do zniżania się rzeczonego szczebla.

Carville i Duret powtórzyli jednocześnie z Ferrierem doświadczenia Hitziga i Fritscha i doszli do wniosków zgodnych z badaczem, którego praca obecnie nas zajmuje.

Dzieło Ferriera zdobią i objaśniają liczne rysunki, część których poświęcona jest uzmysłowieniu topografii czynności ruchowych mózgu. Cała praca uderza obfitością doświadczeń i głębokością wysnutych z niéj wniosków; jest coś ponętnego w téj potędze rozumowania, treściwéj zwięzłości, ufności i pewności, które cechują umysł autora; czytelnik na wstępie już czuje się opanowanym pojęciami jego, tyle w nich jest loiki, dowodów, a tak mało wątpienia i wahania się; to téż żaden badacz tak stanowczo nie oddziałał na przekonania lekarzy o lokalizacyi mózgowéj, nikt nie zdołał tak przekonać wątpiących, jak Ferrier swą pracą, w któréj teoryję objaśniają świetne doświadczenia, a wyniki doświadczeń są w zgodzie z założeniem teoretyczném. Jeśli jednak trzeba stanowczo przyznać w zasadzie, że lokalizacyja czynności mózgowych nie jest żadną chimerą lub utopiją, to znowu gromadne przyjęcie do pewników naukowych tych wszystkich twierdzeń, które w tym kierunku podaje nam bądź spostrzeganie kliniczne, bądź pracownia fizyjologiczna, byłoby lekkomyślnością, lub nagannym pośpiechem: i tak nie ulega wątpliwości, że elektrody zastósowane na pewne miejsca kory mózgowéj wywołują stale ruchy pewnych gromad mięśniowych, lecz jakaż

est pewność, że w téj korze są ośrodki ruchu, że elektryczność nie działa pobudzająco na niżéj położone warstwy, że te dopiero oddziaływają na bodziec, a istota szara gra tylko rolę bierną przewodnika? a pytanie to tém łatwiéj się nastręcza, że Ferrier posługiwał się dosyć silnym prądem. Wszak łechtanie podeszwy wywołuje śmiech, łechtanie połyku wymioty, a przecież w podeszwie nie przypuszczamy ośrodka ruchowego śmiechu, a w połyku wymiotów, czy więc pobudzanie kory prądem galwanicznym nie jest równoznaczącém z pobudzaniem przez łechtanie podeszwy i połyku? a jak usunięcie podeszwy przez odjęcie odnóg nie znosi możności śmiania się, tak usunięcie istoty szaréj nie przeszkadza wywoływaniu ruchów mięśniowych przy galwanizowaniu półkul mózgowych. Już Carville i Duret udowodnili, że dla wywołania skurczów mięśniowych przez stosowanie prądu elektrycznego na półkule, istota szara nie jest niezbędną, a usuwając ją, prąd stały wywołuje ruchy tak jak gdyby punkta ruchowe Ferriera nie były naruszone; Pitres i Frank wytwarzali przez zdjęcie płaskim nożem istoty szaréj płaszczyznę prostopadłą do włókien istoty białéj, i zastosowując do niéj bodźce galwaniczne otrzymali skurcze gromad mięśniowych z całą topograficzną ścisłością; badania te nie obalają twierdzeń Ferriera, lecz odejmują im siły dogmatycznéj i zdają się dopominać dalszych, a więcéj przekonywających dowodów.

Całość nerwu jest koniecznym warunkiem dla przebiegania w nim pobudzenia nerwowego, bodźcami przyrodzonemi wznieconego; gdybyśmy nie usiłowali zestawić końce przeciętego nerwu, część jego obwodowa zostanie zawsze porażoną; natomiast dla wywołania w przeciętym nerwie pobudzenia bodźcem elektrycznym dosyć jest zetknąć końce przeciętego nerwu; w powyższém doświadczeniu znalazł Burdon Sanderson piętę Achilesową twierdzeń Ferriera: oddzielając powierzchowną warstwę od głębszéj istoty szaréj nożem cienkim, bez zniszczenia części rozdzielonych, Burdon Sanderson galwanizował w tych warunkach korę mózgową, i wbrew powyżéj wypowiedzianemu twierdzeniu ruchy mięśniowe powstawały, jakby przecięcia nie było, co poniekąd stwierdza, że elektryczność w doświadczeniach Ferriera nie ma nic wspólnego z przyrodzoną pobudzalnością nerwową, że sięga ona przez istotę szarą do włókien istoty białéj, które będąc poniekąd przedłużeniem sznurów i pniów nerwowych udzielają siłę bodźca obwodowi, przezco powstają skurcze w odpowiednich gromadach mięśni; te uwagi i doświadczenia należało się Ferrierowi wziąść na wzgląd i odeprzeć je, ażeby w umyśle czytelnika nie powstała wątpliwość.

Dalszy szereg doświadczeń Ferriera popierać zdaje się w sposób niezbity twierdzenie autora o istnieniu punktów ruchowych: jeśli galwanizowanie pewnych miejsc kory stale wywołuje ruchy mięśniowe odpowiedniéj gromady, a usunięcie tych miejsc nożem niezawodnie sprowadza porażenie mięśni tejże gromady, to jakże oprzeć się uwierzeniu, że miejsca te kory są punktami ruchowemi? Lussana i Lemoigne zwrócili uwagę badaczy, że między bezpośredniemi skutkami doświadczenia, do których należą zaburzenia czynnościowe, a następowemi zachodzi różnica, która dała powód pomięszaniu pojęć; a że zwierzęta Ferriera krótko żyły, spostrzegał on tylko pierwszy okres następstw usunięcia pewnych miejsc kory, tj. porażenia; lecz w tych przypadkach, gdzie utrzymano dłużéj zwierzęta przy życiu, czynności ruchowe poniekąd wracały; ten powrót czynności ruchowych po zniszczeniu domniemanych punktów ruchowych wykazuje, że czynności te nie są własnością bezwzględną rzeczonych punktów, w tym sensie jak żółć jest wydzieliną wątroby, a mocz nerek, i gruczołów tych po ich usunięciu inny narząd zastąpić nie zdoła. W mózgu wprawdzie przypuszczają istnienie działania zastępczego, lecz i Ferrier przeciw takiemu pojmowaniu występuje, gdyż dopuszczając podobną hipotezę nie potrafionoby położyć tamy przypuszczeniom ze szkodą dla nauki i prawdy.

Pomimo więc dogmatycznego tonu dzieła Ferriera, pomimo jego potężnéj loiki, genijalnie prowadzonych doświadczeń i wyciągniętych z nich wniosków, udowodnienie istnienia punktów ruchowych domaga się więcéj przekonywających dowodów, i lepiéj chwilowo zrzec się tych ponętnych nabytków przez Lewesa „ulubionemi złudzeniami“ nazwanych, jak uwierzyć *en bloc* w twierdzenia, które nasuwają tyle wątpliwości.

Rose (Zurych): **Przypadek wyleczenia po skaleczeniu głębokich naczyń uda.**

Zwracamy uwagę szan. czytelników na ten nadzwyczaj pouczający a każdego lekarza nie tylko specyjalistę obchodzący przypadek, a to tembardziéj, o ile że on przypomina bardzo żywo smutnéj pamięci historyję zamachu na osobie prof. Girsztowta dokonanego.

Pewien rzeźnik wbił sobie przez nieostrożność nóż w prawe udo, poczém nastąpił krwotok tak silny, że tylko przez ucisk palcami mógł być wstrzymanym i nie dozwolił przeniesienia chorego. Dopiero wieczorem przybył R. na miejsce i znalazł chorego leżącego na noszach, bardzo osłabionego, nie opatrzonego a na udzie ranę 3 cm. długą, $^1/_2$ cm. szeroką, na 4 palce poniżéj więzadła Poupartowego położoną, podłużną, skrzepami wypełnioną.

Po uśpieniu przedłużono ranę do 3 cali przy równoczesnym ucisku na t. udową spólną powyżéj więzadła. Przekonawszy się, że cięcie idzie przez m. krawiecki, odsłonięto tętnicę udową w górnym kącie rany i podłożono pod nią przewiązkę, którą jednak zaraz usunięto przekonawszy się, że po jéj zadzierżgnięciu wprawdzie ustało tętnienie, lecz nie ustał krwotok. W przypuszczeniu, że otwór znachodzi się w tętnicy głębokiéj uda lub spólnéj przystąpiono do podwiązania téj ostatniéj. Mimo to krwotok nie ustawał a nadto stał się tak groźnym, że trzeba było przeczekać ćwierć godziny uciskając gąbką w ranie, zanim się można było domacać tętna a tém samém odważyć się do dalszych rękoczynów. Odsunąwszy dostatnio m. krawiecki i czworogłowy na zewnątrz a mm. ksobne wraz z powierzchownemi naczyniami udowemi na wewnątrz, znalazł ostatecznie R. przyczynę krwotoku w ranie 4 cm. długiéj rozwartéj i na wskroś żyłę udową głęboką przebijającéj. Po przewiązaniu tejże i jeszcze dwóch pomniejszych do niéj się wlewających żyłek ustał krwotok stanowczo a chory został uratowany. Leczenie trwało kilka miesięcy i pozostawiło po sobie bliznę 14 cm. długą a 4 cm. szeroką. Ten dla nauki o podwiązaniu wielkich pni żylnych tak ważny przypadek dowodzi bezskuteczności podwiązania głównego pnia tętniczego przy obrażeniu głównéj żyły. *(Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte, Bd. VII. 1877.)* *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 24go czerwca 1878 r.

Według zapowiedzianego porządku dziennego odbyła się o godzinie 12tej z południa wizyta w zakładzie Sióstr Miłosierdzia, w którym pp. Dr. Matecki i Sęcki w oddziale zewnętrznym, a Dr. Kaczorowski w oddziale wewnętrznym najciekawsze przypadki zebranym przedstawiali. Stąd udali się goście do szpitala dziecięcego, który z prywatnych funduszów założony, zostaje pod kierunkiem Dra Zielewicza, b. asystenta prof. Fischera we Wrocławiu. Szpital ten, aczkolwiek młodziuchny jeszcze, wzorowym odznacza się porządkiem i choć szczupłemi bardzo rozrządza funduszami, wyświadcza wiele dobrego dla biednych dzieci miasta. Początkowo założony jest tylko na 12 łóżek, wszakże chorych poliklinicznych jest codziennie znaczna liczba. Dr. Z. z swego stosunkowo szczupłego materyjału, w szpitalu się znajdującego, przedstawił kilka ważniejszych przypadków, mianowicie chirurgicznych. Najwięcéj zaś zajęcia budził chłopiec 15-letni, źle odżywiony, słabo zbudowany, który od lat kilku cierpi na wodną puchlinę nerki prawéj *(hydronephrosis dextra)*. Cierpienie to zdaje się mieć od urodzenia, a spostrzeżono je przed kilku dopiero laty skutkiem obrzmienia brzucha. Obecnie brzuch ma kształt prawie prawidłowy, albowiem przed niedawnym czasem wykonano przekłócie torbiela i wypuszczono moczu około 3 litrów. Przy téj sposobności przedkłada Dr. Z. okaz anatomiczny tejże saméj choroby, pochodzący od osoby 69 letniéj, znanéj w szerszych kołach tutejszego społeczeństwa, dyrektorowéj ziemstwa, p. K. J. Zmarła w przedzgonnéj ostatniéj woli wyraziła życzenie, ażeby dla dobra nauki odbyto na jéj zwłokach oględziny pośmiertne. Wywiązując się tedy z polecenia zmarłéj wyjął Z. torbiel, zresztą już od lat 30 rosnący. Objętość brzucha przed otworzeniem na wysokości pępka wynosiła 108 cm.; przemieszczenie kiszek grubych, żołądka i wątroby, wypchnięcie trzew brzusznych ku jamie opłucny w wysokim stopniu. Nerka zdrowa przerosła, naczynia jéj grubości trzonka od pióra, płuca ściśnięte, zresztą zdrowe. Torbiel sam zajmował całą jamę brzuszną i zawierał przeszło 20 litrów płynu galaretowatego, a raczéj masy galaretowatéj, śluzowéj, z bardzo nieznaczną ilością moczu. Wśród galarety znaleziono dwa śpiczaste kamienie nerkowe długości 6 i 9 cm. Miąższ nerkowy zupełnie zanikły. Dr. Z. namienia, że okaz ten co do wielkości stanowi trzeci znany w literaturze egzemplarz.

Posiedzenie o godzinie 6téj wieczorem zagaił w nieobecności prezesa Dra Mateckiego, który dla ważnych zajęć sam przybyć nie mógł, sekretarz Wydziału Dr. Jerzykowski i zawezwał kolegów do wyboru przewodniczącego; wybór padł na Dra Golskiego z Buku. Dr. G. obejmując urząd przewodniczącego wyraża przedewszystkiém swe ubolewanie, iż walne zebrania tak mało znajdują oddźwięku między kolegami, szczególnie zamiejscowymi, z których na zebranie to stawiło się w ogóle trzech tj. prócz przewodniczącego Dr. Szrant ze Lwówka i Dr. Czarnecki z Leszna. Także miejscowi członkowie stawili się mniéj licznie, aniżeli to po inne bywało lata.

Po odczytaniu protokółu z grudniowego walnego zebrania i przyjęciu tegoż przez zebranych, przystąpili zgromadzeni do ogólnéj dyskusyi, uchwalonéj na ostatniém zebraniu, a dotyczącéj tematu: dalsze doświadczenia nad leczeniem ostrych wysypek. Dr. Kaczorowski, rozpoczynając dyskusyję, przypomina, iż już dawniéj miał kilka razy sposobność mówić, jak błogim jest wpływ zimnego powietrza na rozmaite choroby gorączkowe, mianowicię na dur wysypkowy i choroby płucne. Ostatnie jego doświadczenia dotyczą przeważnie także duru wysypkowego. Dr. K. zauważa, że tegoroczna epidemija tego cierpienia odznacza się łagodnością, jaka nie bywała po inne lata, i że zajęcie ośrodków nerwowych nie bywa tak silném; natomiast bardzo często spostrzegał powikłanie z biegunką. Również odmienny charakter ma wysypka sama, która dość często pokazuje się tylko na grzbiecie w plamkach podobnych do odry, lub jedynie do twarzy się ogranicza. Wszystkich durem wysypkowym dotkniętych wystawiał Dr. K. na działanie czystego zimnego powietrza i żywiąc ich mlekiem, piwem, winem, w razie upadku tętnic podawał na wewnątrz kamforę i kwas będźwinowy. Przy tym rodzaju leczenia Dr. K. nie tylko nader pomyślne osiągał rezultaty, ale nadto zauważył, że zajęcie oskrzeli daleko rzadziéj występowało u chorych, którzy wcześnie na wpływ chłodnego powietrza byli wystawieni. — Dr. Osowicki namienia, że dość liczne przypadki tak w tym, jak przeszłym roku, leczył jużto salicylanem sodu, jużto zimnemi kąpielami; rezultat był dość pomyślny, bo śmiertelność wynosiła 16%. Zdaniem Dra O. wpływ błogi zimnych kąpieli polega nie tylko na ich przeciwgorączkowém działaniu, ale nadto na silném podrażnieniu w chwilach stanowczych. To podrażnienie jest według Dra K. właśnie niekorzystném, i nie każdy chory, jak osoby niedokrwiste, dzieci, kobiety lub tyfusowi w późniejszym okresie choroby, nadaje się do zimnych kąpieli; nadto zimne powietrze nie działa przemijająco, jak kąpiele, lecz ustawicznie, a więc skuteczniéj. Dr. Zielewicz przytacza, że u dzieci, chorych na ostre wysypki, nie używa nigdy zimnych kąpieli, natomiast znakomite usługi oddawały mu zawsze zmywania letnią wodą. Dr. Szrant wspomina o 13 przypadkach, z których dwa tylko zakończyły się śmiercią, a które wszystkie leczył zimnemi kąpielami. Tego zdania nie jest Dr. Golski, który chorych swych wystawiał zaraz z początku na działanie czystego chłodnego powietrza z rezultatami pomyślnemi; przeciwnie złe widział następstwa po zimnych kąpielach, szczególnie u dzieci.

Następnie Dr. Zielewicz mówił o szczepieniu krowianki wprost z cielęcia. Prelegent wspomniawszy pokrótce o historyi szczepienia krowianki namienia, że przy szczepieniu limfy humanizowanéj nagromadziło się w ostatnich mianowicie czasach wiele nieszczęść z powodu, iż razem z limfą przeszczepiono zołzy, kiłę i inne cierpienia. To téż obowiązkiem jest każdego sumiennego lekarza, ażeby szczepionemu jak najzdrowszą dawał limfę, a pewności pod tym względem, mimo najtroskliwszego badania dzieci, z których się limfę bierze, nie daje nigdy ospa humanizowana; pewność zaś tę posiadamy w krowiance na cielęciu zaszczepionéj. Następnie przytacza wykładający właściwości krowianki i wspomina, że stósowanie krowianki jest z tych powodów niedogodném, iż krowianka trudniéj się przyjmuje i że hodowla takowéj nie tylko jest utrudnioną, ale nadto kosztowną. Zdaniem prelegenta winien rząd całą tę sprawę wziąść w rękę i założyć tego rodzaju zakłady, jak to ma miejsce już w Hamburgu i Brukseli.

Po odczycie tym wywiązała się ożywiona rozprawa, w któréj większa część zebranych bierze udział, a w któréj zgodzono się na to, że krowianka jest daleko pewniejszą i stoi pod wielu względami wyżéj od limfy humanizowanéj.

W końcu Dr. Wicherkiewicz przedstawił zebranym okaz anatomiczny wsporniaka *(glioma)* siatkówki, rozrastającego się po całéj gałce ocznéj. (Odczyt ten umieścimy w całości niezadługo. *Redakcyja*).

Sekretarz ponawia swój wniosek, już na ostatniém Walném zebraniu uczyniony, ażeby dla obojętności członków dla walnych zebrań takowe nie dwa razy, lecz raz tylko do roku się odbywały. Wniosek ten uchwalono postawić na porządku dziennym przyszłego Walnego zebrania.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski.

V. Listy z Konstantynopola.

II.

W sierpniu roku zeszłego zaangażowany zostałem przez Stefana baszę do służby wojskowo-lekarskiéj w armii otomańskiéj; kontraktem mając sobie zawarowane warunki świetne wyjechałem z Wiednia. Na dworcu kolei południowéj spotkałem kilkunastu młodych kolegów udających się do Turcyi w tym samym co i ja celu. Wagony były przepełnione jadącymi, niemogliśmy wszyscy pomieścić się w jednym wagonie, więc ulokowaliśmy się po czterech w każdym. Z po-

między moich towarzyszy zrobił przyjemne i imponujące wrażenie na mnie jeden z kolegów, człowiek około czterdziestu lat mieć mogący o nadzwyczaj regularnych rysach twarzy; ruchy i mowa jego cechowały człowieka znającego świat i pewnego siebie. Szanowny doktór jedzie także do Turcyi? zapytałem. — Tak jest; była jego krotka odpowiedź. — Pan doktór już zapewne po kilkakroć pełnił służbę wojskowo-lekarską? zapytał go znów kolega z Węgier. — O tak mój panie; odpowiedział zagadnięty, byłem w Meksyku w armii Maksymilijana, a w ostatniéj wojnie francuzko-pruskiéj w armii bawarskiéj. — Ach jakżeż się cieszę ze sposobności dowiedzenia się czegoś o służbie sanitarno-wojskowéj mianowicie podczas wojny, gdyż ja jéj nigdy nie pełniłem, a to co wiem o niéj, wiem tylko z gazet; szanowny doktór będzie łaskaw przedewszystkiém mi powiedzieć, gdzie się więcéj nauczyć można: czy w pobliżu placu boju, czy téż w szpitalu?— A! to widzisz pan, na pierwszém miejscu opatrunkowém zawsze jest lepiéj; odpowiedział zapytany. — Dlaczego? zapytałem zdziwiony, gdyż ta odpowiedź nie zgadzała się z mojém zapatrywaniem. — Ot, bo to widzisz pan, na pierwszém miejscu opatrunkowém możesz pan, opatrzywszy ranę np. jakiego oficera, otrzymać od tegoż ładne nieraz wynagrodzenie pieniężne, co się w szpitalu nie tak często zdarza. — Tą odpowiedzią rozczarował mnie ten człowiek, urwałem więc rozmowę. Na jednéj z następnych stacyj wysiedliśmy, by się nieco posilić a kolega z Węgier nieomieszkał wypowiedzieć mi swoje zdanie o owym człowieku: „to jakaś podejrzana figura, zdaje mi się, że on wcale nie jest lekarzem, musimy się o tém przekonać. — Wsiedliśmy znów do wagonu, a na zadane pytanie zaczął ów zagadkowy człowiek opowiadać o rozmaitych przypadkach wojenno-chirurgicznych, wreszcie o czynności lekarskiéj sławnego chirurga monachijskiego prof. Nussbauma, chwaląc go i wynosząc pod niebiosa, a na koniec, aby jak najwyżéj w oczach naszych podnieść znaczenie Nussbauma, opowiedział nam następującą historyjkę: Nie macie panowie wyobrażenia o znaczeniu Nussbauma w Niemczech a w szczególności o jego władzy podczas ostatniéj wojny francusko-pruskiéj. Razu jednego, ciągnął daléj, kiedy Nussbaum bez surduta z zakasanemi od koszuli rękawami i z nożem w ustach biegał na pierwszém miejscu opatrunkowém od jednego rannego do drugiego, tu amputując, ówdzie zaś podwiązując krwawiącą tętnicę, tu tą, tam ową wykonywając operacyję, zauważył że kapral od przydzielonéj mu kompanii sanitarnéj nadzwyczaj się odznaczył. Po skończonéj pracy kazał Nussbaum zawołać tego kaprala i mianował go doktorandem. — Śmiech rozległ się powszechny. — Jakto! panowie nie wierzycie? zapytał rozgniewany zagadkowy człowiek; nie macie, jak widzę, wyobrażenia o znaczeniu i wpływie Nussbauma! To wielki człowiek! Ale śmiech głośny, serdeczny, zagłuszył srożenie się naszego prelegenta, a kiedyśmy się już śmiać przestali, widzieliśmy przy słabym blasku lampy oświetlającéj nasz wagon, że mina zagadkowego człowieka jakoś się zmieniła, sposępniała. Lecz kolega z Węgier, nadzwyczaj żartobliwy człowiek, nie pozwolił mu długo się na nas gniewać, zwracając tok rozmowy na inny temat. Gdzie pan kończyłeś studyja? zapytał. — Ja w X. odpowiedział. — A proszę pana, ciągnął daléj Węgier, toś pan zapewne na wydziale prawniczym otrzymał swój dyplom na doktora medycyny? — Jużciż odpowiedział nasz kol. zagadkowy i bardzo jakoś zakłopotany, „jużciż, na wydziale prawniczym otrzymałem stopień doktora medycyny“. — Wszelkiemi siłami staraliśmy się przytłumić śmiech, lecz te i tym podobne odpowiedzi lekarzem się mianującego człowieka utwierdziły nas w przekonaniu, że człowiek ten nie jest lekarzem, że po prostu jest szalbierzem i fałszywemi dokumentami zdołał oszukać Stefana baszę. Postanowiliśmy tedy donieść z Tryjestu Drowi Breuningowi w Wiedniu, że on lub Stefan basza haniebnie się podejść dali przyjmując do służby lekarskiéj jako operatora! człowieka który nie jest lekarzem; postanowienie to wykonaliśmy w Tryjeście.

Po sześciodniowéj podróży morskiéj przybiliśmy szczęśliwie do Konstantynopola w piątek, a ponieważ jest to dzień świąteczny u Turków, przeto nazajutrz dopiero o godzinie południowéj poszliśmy się przedstawić Jego Ekscelencyi Noury baszy, prezydentowi rady sanitarnéj.

Na obszerném, wolném miejscu w Stambule stoi pałac ministerstwa wojny (seraskierat), w którym się mieszczą wszystkie oddziały tego ministerstwa, a więc i tak zwana „rada sanitarna“. Gdyśmy weszli do tego oddziału zdumionym oczom naszym przedstawił się następujący widok: Obszerna sala, któréj podłoga starym pokryta kobiercem, zastawiona w około ścian fotelami niskiemi, w środku sali stół okrągły, wielki, pokryty starém, poszarpaném suknem zieloném, na stole stos papierów. Sekretarz rady sanitarnéj przyjął nas dość chłodno, odebrał od każdego z nas listy wierzytelne i wskazał miejsca do siadania, a odłożywszy na bok owe listy nieczytając ich, zabrał się do drugiego śniadania, złożonego z chleba, winogron i sera owczego. Kilku baszów siedzących w rozmaitych pozach na niskich i szerokich fotelach czytało gazety, paliło cygara, lub piło kawę czarną, któréj i nam podać kazano.

Możecie sobie wyobrazić, jakie przyjemne wrażenie zrobiła na nas ta turecka gościnność; szepcąc jeden do drugiego porównywaliśmy demokratyczny sposób obchodzenia się z podwładnymi, wymyślaliśmy niestworzone rzeczy na europejską sztywną biorokracyję, a wsród tego minęły dwie godziny. Ale jeszcze większe było nasze zdziwienie, gdy do sali, czyli po naszemu, do bióra Rady sanitarnéj Państwa Tureckiego wszedł bez żenady ubogi handlarz scyzoryków, guzików, spinek i mydeł; ukłoniwszy się obecnym, obszedł on w około salę i wyszedł. Czyż by u nas pozwolono takiemu biedakowi wchodzić do bióra tak wysokiéj instytucyi, jaką jest najwyższa Rada sanitarna? Ale wreszcie zaczęliśmy uczuwać głód i już nudzić nas zaczęło to czekanie. Po dobrych trzech godzinach zauważyliśmy, że sekretarz zabierać się zaczyna do czytania wręczonych mu przez nas listów. Po porozumieniu się sekretarza z obecnymi baszami, którzy Radę sanitarną składali, każdemu z nas wyznaczono miejsce pełnienia służby. Z obecnych ośmnastu lekarzy jedni zostali przydzieleni do szpitali w pobliżu placu boju, mianowicie do Sofii, Tatar-Bazardzika, do Erzerumu, a trzech zostało w Konstantynopolu, pomiędzy nimi ja i ów wrzekomy doktór.

Ja zostałem przeznaczony do nowo urządzonego szpitala zwanego „Moussafir hasta hane“, położonego w pobliżu zabudowania ministerstwa wojny, dokąd się natychmiast udałem w towarzystwie lekarza naczelnego tego szpitala, przypadkiem obecnego w seraskieracie podczas méj bytności tamże.

W szpitalu Moussafir hasta hane, w którym co najwięcej 200 chorych mogło znaleść wygodne pomieszczenie, mieściło się 450 rannych; szpital był więc przepełniony; trzech młodych lekarzy pełniło obowiązki ordynatorów w towarzystwie których i lekarza naczelnego zabrałem się do przeglądu chorych. Lecz dla spóźnionéj już pory mogłem tylko powierzchownie przegląd ten wykonać, przekonałem się jednak,

że ranni w rozpaczliwym znajdowali się stanie. Znalazłem wielką ilość ran zgorzelinowych, nieczyszczonych należycie, źle opatrzonych i leczonych, w niektórych ranach mniejsze lub większe odłamki kości po kilka tygodni leżące, a leczenie ran stanowiły: słaby roczyn kwasu karbolowego na rany dobrze ropiejące, a rozczyn z kali hypermanganicum przeciw ranom zgorzelinowatym, lub sok cytrynowy, ulubiony tutejszych chirurgów*) środek przeciw gangrenie. Zmęczenie, głód i spóźniona pora niedozwoliły mi dnia tego zabrać się do pracy. Już późno wieczorem powróciłem do hotelu w Pera, w którym stanąłem. Zastałem tam moich towarzyszów podróży, jakoteż innych kolegów.

Historyja wrzekomego lekarza była już wszystkim znaną, nietylko lekarzom ale i innym gościom hotelu, a po kilku dniach doszła już do wiadomości Rady sanitarnéj. Sądzicie zapewne, że urządzono zaraz śledztwo, że sprawdzono wiarogodność wieści hańbiącéj godność lekarza w służbie wojskowéj zostającego? że się starano przekonać o działalności jego w szpitalu? Bynajmniéj! wrzekomy lekarz został pięć miesięcy na swojém stanowisku jako operator! w jednym z pierwszych szpitali w Pera, a dopiero po upływie tego czasu dano mu dymisyję; lecz przyjęto go napowrót pod innemi warunkami, to jest przyznano mu racyję kol-assego **) ale jako płacę miesięczną wyznaczono 1500 piastrów kaïme***) i wysłano do szpitala na prowincyi.

Nazajutrz poszedłem do mojego szpitala gdzie w ciągu sześciu godzin około 14 operacyj mniejszych i większych wykonałem.

Szpital nie posiadał ani przyrządów ani narzędzi chirurgicznych, lecz pożyczano je od sąsiedniego, dobrze urządzonego szpitala. Po sześciotygodniowéj całodziennéj, ciężkiéj pracy, robiąc nie tylko operacyje, ale i opatrunki, i dresując do pomocy przydzielonych mi chirurgów, zdołałem wreszcie doprowadzić szpital do stanu odpowiedniego jego zadaniu, tak, że nietylko prezydent Rady sanitarnéj zwiedzający po kilkakroć mój szpital wyraził swoje zadowolenie, ale nawet europejscy koledzy idąc do Seraskieratu zwiedzali szpital i potwierdzali mniemanie JE. Noury baszy. Po trzech miesięcznéj pełnieniu służby w pomienionym szpitalu przeniesiono mnie, z powodu braku lekarzy w innym szpitalu, do szpitala zwanego „Kouleli“ we wiosce tegoż imienia, położonéj nad Bosforem. Bardzo z tego byłem zadowolony, gdyż nastręczyła mi się sposobność poznania jednego z większych szpitali, a ten opiszę w następnym liście.

Konstantynopol dnia 6 lipca 1878. *Dr. Barbar.*

List z Wiednia.

W miesiącach letnich nastaje w życiu umysłowém wielkich stolic saison morte i nie łatwo znaleźć przedmiot do korespondencyi o jakimś objawie tego życia. Obecnie atoli lekarz przybywający do stolicy państwa austryjackiego zastaje wystawę psychijatryczną urządzoną na obchód 25 lecia tutejszego zakładu obłąkanych, a zajmującą nie tylko tutejsze koła lekarskie, ale i szerszą publiczność, krótki więc przegląd téjże nie będzie zapewne i dla czytelników naszych bez interesu.

Wystawa ta urządzoną została w dolno-austryjackim zakładzie dla obłąkanych, a mianowicie w nowo dobudowanych pawilonach przeznaczonych dla chorych zanieczyszczających się i szaleńców, które dopiero pod jesień na użytek chorych oddane zostaną. Pierwszym więc przedmiotem wystawy są same te budynki. Jako przeznaczone głównie dla chorych niespokojnych składają się przeważnie z komórek odosabniających *(Isolirzellen)*, w urządzeniu których uwzględniono wszelkie wymogi bezpieczeństwa a zarazem wygody obok możliwéj elegancyi w wykonaniu. Ogrzewanie i przewietrzanie jest centralne, a przyrządy do regulowania stopnia ciepła i przewietrzania znajdują się na korytarzu obok każdéj komórki. Dostęp światła do komórek może być regulowanym za pomocą okiennic, a prócz tego są komórki z większemi lub mniejszemi oknami. Jedna z komórek pomalowana na fijoletowo i posiadająca też szyby w oknach ze szkła fijołkowego przeznaczoną jest dla uspokajania szaleńców, na których według spostrzeżeń jednego z psychijatów włoskich światło fijołkowe ma wpływać zbawiennie. (Ob. Przegl. Lek. 1877 Nr. 47.) Odpowiednia komórka ze światłem czerwoném mającém posiadać wpływ rozweselający na melancholików urządzoną zapewne będzie na odpowiednim oddziale. Krat w oknach niemile w podobnych szpitalach oko rażących wchodzący tu nie spostrzega, bo schodzą się one z przedziałami szyb w oknach. Równie i drzwi tak są urządzone, że chociaż dają zupełne bezpieczeństwo, przecież nie przypominają ryglami i kłódkami domów więziennych. Różnią się zaś od zwykłych drzwi jedynie brakiem klamek, bo i małe otworki służące li do zaglądania są ukryte i za pomocą klucza cicho otwierać się dozwalają, a odpowiednia zasuwka nie dozwala choremu zapychać tego otworka. Jedném słowem w urządzeniu nie pominięto niczego, co może osłonić pomieszczonym tamże przykre ich położenie. Komórki te są jeszcze zupełnie puste, zapewne jednak i sprzęty konieczne, jakie tam pomieścić wypadnie, będą łączyć wygodę z bezpieczeństwem.

W kilku większych salach tych pawilonów urządzoną jest właściwa wystawa tego wszystkiego, co zostaje w związku z pielęgnowaniem umysłowo chorych, a więc pomieszczono tu przedmioty służące do ubioru, użytku, do rozrywki, nauki i wygody tego rodzaju chorych obok wyrobów wykonanych przez samych chorych i obok pouczających okazów anatomo-patologicznych. Te ostatnie pomieszczone w osobnéj sali szczególniéj obchodzą lekarzy, gdy szersza publiczność z natury rzeczy więcéj zajmuje się innemi, zwracając uwagę w dziale anatomo-patologicznym na niektóre tylko okazy, które nazwaćby można senzacyjnemi, jakoto na czaszkę i mózg matkobójcy Hacklera, mózg Francesconiego, żołądek obłąkanego słomą wypełniony lub inny trawą morską, zbiór różnych przedmiotów gwoździ, skuwek, wydobyty przy sekcyi z żołądka obłąkanéj itd. Uwagę lekarzy zwiedzających wystawę ściągają na siebie bardziéj inne profanów mniéj uderzające okazy, a pomieszczone w wystawie kliniki psychijatrycznéj, obejmującéj zbiór czaszek ludzkich i zwierzęcych, preparatów mózgów ludzkich i zwierzęcych, modelów mózgu ludzkiego oraz preparatów mikroskopowych przecięć mózgu i rdzenia pacierzowego, zrobionych za pomocą odpowiednich przyrządów, także wystawionych a wykonanych według wskazówek Guddena przez Katscha w Monachijum. Wiele ciekawych okazów znajduje się też w wystawie wiedeńskiego muzeum patolo-

---

*) Chirurdzy (dzarrah), jakich tu poznałem, są to ludzie bez najmniejszéj nauki, nieumiejący czytać i pisać nawet w swym ojczystym języku.

**) racyje kol-assego stanowią: 12 oka ryżu, 3 oka masła, 23½ oka mięsa baraniego, około 80 oka chleba i furaż na jednego konia, wartość tego wszystkiego wynosi 50 franków miesięcznie.

***) Kaïmy są to pieniądze papierowe mające bardzo małą wartość, tak, że dziś np. 283 piastrów kaïme stanowią jedną lirę w złocie czyli 23 franki.

giczno-anatomicznego, obejmującéj przeszło 107 numerów, przeważnie okazów różnych wad w budowie czaszki i mózgu, między innemi rysunek 2 okazów porencephalii ze zbioru krakowskiego. W tejże sali zawieszoną jest także duża mapa monarchii austro-węgierskiéj, na któréj oznaczono barwnemi chorągiewkami zakłady lecznicze i przytułki dla obłąkanych. (W Galicyi uwidoczniono tylko zakład krakowski i lwowski, pominięto zaś zakłady w Żółkwi i Przemyślu). Pod tą mapą zawieszono 28 fotografij znakomitych psychijatrów; z pośród polaków znajdują się fotografije Rothego z Warszawy i dyrektora zakładu kulparkowskiego Marescha.

Na innych ścianach téj sali porozwieszano plany różnych zakładów dla obłąkanych w Niemczech, Szwecyi, Anglii, Holandyi, Szwajcaryi, Francyi itd. W innych salach znajdują się wystawy szczególnych zakładów dla obłąkanych w Austryi, wszystkie jednako urządzone; pod herbem odpowiedniéj prowincyi wiszą na ścianie plany zakładów a pod niemi na ustawionych stołach leżą wyroby chorych, przedmioty do ubioru i wygody w tychże zakładach krajowych używane. Wystawcami są po większéj części Wydziały krajowe dolnéj Austryi, Styryi, Górnéj Austryi, Tryjestu, Krainy, Karyntyi, Vorarlbergu i Galicyi. Wydziały krajowe morawski i czeski nie wzięły w wystawie udziału. Królewsko-węgierski rząd oraz wojskowy zakład obłąkanych w Tyrnowie na Węgrach urządziły odpowiednie wystawy. Wszystkie te wystawy zakładów są prawie jednakie i jedynie tylko wzajemne porównanie wystawionych przedmiotów może być dla znawów ciekawém. Galicyjski Wydział krajowy nadesłał plany, szkice i podział administracyjny zakładu kulparkowskiego, roboty ręczne, koszyczki z kwiatami z chleba wyrobione przez szaleńca, plecionki ze słomy, a wystawa ta mniéj może liczna od wystaw innych zakładów bynajmniéj nie przedstawia się gorzéj od tychże. Rozumie się, że wystawa wiedeńskiego zakładu obląk. jest najliczniejszą, a wśród niéj uderzają obrazy olejne i rysunki ręki znajdującego się w zakładzie Emanuela Kratkiego oraz wyroby rznięte z drzewa i metalowe, że fabrykanci wiedeńscy narzędzi chirurgicznych i służących do pielęgnowania chorych nie pominęli tak dobréj sposobności jak wystawa, aby się ze swemi wyrobami popisać; to też w osobnych pokojach znajdują się odrębne wystawy Odelgi, Waldecka i innych.

Otóż pobieżny przegląd przedmiotów wystawionych a każdy przyznać musi, że aczkolwiek jest to drobna tylko wystawa, to przecież zdolna ona jest obudzić interes dla nieszczęśliwych obłąkanych i przekonać ogół, że minęły już czasy, w których się z obłąkanymi po barbarzyńsku obchodzono a jest zarazem najodpowiedniejszym sposobem obchodu 25 lecia przez zakład mający na celu względy humanitarne i naukowe. Los obłąkanych w historyi odniesie též zapewne jeszcze w niejednym kierunku korzyść z obrad Zjazdu psychijatrów, jaki tu ma się odbyć w dniach 22, 23 i 24 bm.

Wiedeń d. 18 lipca 1878. *Dr. Grabowski.*

Dziękując szan. korespondentowi za spieszne udzielenie nam poglądu ogólnego na wystawę, donosimy zarazem szan. czytelnikom naszym, że z innéj strony mamy zapewnione sprawozdanie szczegółowe o wystawie i zjeździe. *Redakcyja.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 18 lipca. Przedwczoraj o godz. 11éj przedpoł. Dr. Aleksander Zarewicz, prymaryjusz w szpitalu św. Ducha, habilitujący się jako docent dermatologii, odbył wykład próbny w obecności członków wydz. lek. oraz licznie zgromadzonych uczniów medycyny. Wykładający miał rzecz o odróżnianiu wrzodów wenerycznych od innych zmian części płciowych, którą przedstawił zwięźle i potoczysto.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministerstwem sprawiedliwości uznało za stósowne zmienić osnowę §. 8 rozporządzenia z d. 14 maja 1874. odnoszącego się do przyjęcia chorych na umyśle do zakładów prywatnych i publicznych. (Patrz Zbiór ustaw sanitarnych Obentrauta str. 585). Do paragrafu wspomnionego dodane zostały następujące ustępy:

U osób wojskowych wystarcza świadectwo urzędowe wydane przez lekarza wojskowego, u osób zaś, które z publicznego austryjackiego szpitala lub zakładu dla obłąkanych przechodzą do prywatnego zakładu dla obłąkanych wystarcza świadectwo wydane przez odnośną dyrekcyję.

W przypadkach, w których rozchodzi się o natychmiastowe umieszczenie obłąkanego w zakładzie z powodu niebezpieczeństwa grożącego z jego strony ogółowi, a świadectwa lekarskiego odpowiedniego przepisom nie można przedłożyć z należytą szybkością, albo jeżeli chory przybywa z zagranicy a nie można dostarczyć świadectwa, wydanego przez lekarza urzędowego, świadectwa przez zwierzchność potwierdzonego, wolno lekarzowi głównemu pod osobistą odpowiedzialnością przyjąć chorego tymczasem, jednak obowiązany jest najdłużéj w ciągu 24 godzin donieść o tém władzy politycznéj, któréj zakład podlega, aby możebność dalszego pozostania w zakładzie chorego tego sprawdzoną została przez badanie urzędowo-lekarskie. W doniesieniu należy przytoczyć okoliczności, które stały na przeszkodzie dostarczenia świadectwa lekarskiego wedle przepisów, a które skłoniły lekarza głównego do natychmiastowego przyjęcia chorego.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. tytularny Dr. Samuel Basch mianowany został rzeczywistym profesorem nadzw. patologii doświadczalnéj we Wiedniu. — Docent pryw. Dr. Winiwarter we Wiedniu powołany został na miejsce Gussenbauera do Leodyjum w Belgii. — Docent anat. patol. w Würzburgu Dr. Ziegler przenosi się do Fryburga, gdzie po części wyręczać będzie prof. Maiera.— Prof. Bergmann obecnie w Würzburgu otrzymał order św. Stanisława 1éj kl. za odznaczenie się pod Plewną. — Dr. Cyon, dawniéj prof. w Petersburgu, uzyskał w Paryżu stopień doktora i starać się zamierza o katedrę fizyjologii

* **Nekrologija.** Zmarły d. 20 czerwca rb. tajny radca lek. prof. Karol Bartels urodził się d. 25 września 1822 r. w Holsztynie, był synem wieśniaka i uczył się zrazu agronomii; dopiero w r. 1845 zaczął uczęszczać na medycynę w Kielu, późniéj w Heidelbergu. W r. 1848 walczył przeciw duńczykom, w r. 1849 służył w armii szlezwicko-holsztyńskiéj jako lekarz pod Stromeyerem i dostał się do niewoli do Kopenhagi. Otrzymawszy w r. 1850 stopień doktora był asystentem Frerichsa; późniéj pracował we Wiedniu pod Rokitańskim i Oppolzerem. W r. 1854 habilitował się w Kielu jako docent dyjagnostyki, a w r. 1859 mianowany został prof. kliniki lek. tamże. Umarł z gruźlicy płucnéj. Głównemi pracami jego są rzecz o chorobach nerek w dziele Ziemssena oraz rzecz o leczeniu chorób gorączkowych za pomocą wody zimnéj. — W Algierze † Dr. Nicati znany z prac swych o chininie, eucalyptus glob. itd.

W Dranowie w Bułgaryi † Dr. Jan Kisiel, rodem z gub. lubelskiéj, uczeń b. szkoły głównéj warszawskiéj; odbywszy służbę lekarską we Francyi podczas wojny 1870—71, był późniéj asystentem prof. Girsztowta, a w końcu osiadł w Obodówce na Podolu. Jako student napisał rozprawę: Poszukiwania nad histologiją przyrządu smaku. późniéj brał udział w tłumaczeniu kilku dzieł lek. niem. na język polski. Umarł w 37 roku życia z duru. *(Medycyna).*

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktora w. n. lekarskich otrzymali na Uniw. jagiell. pp. Ludwik Albert Kozubski rodem z Uszwi, Jan Koncewicz z Przeworska, Tomasz Żurawski z Łańcuta, Franciszek Fuchs z Krakowa i Kazimierz Przetocki z Żurawna; stopień zaś magistrów farmacyi pp. Tadeusz Brzeski, Zygmunt Czajka, Stanisław Doboszyński, Juliusz Fiałkowski, Karol Herr, Wojciech Komorowski, Antoni Pisz i Mikołaj Pron.

Redakcyja otrzymała:

Dra M. DUNINA WĄSOWICZA (we Lwowie). Gelsema Jarnik *(Gelsemium sempervirens Persoon).* Lwów 1878, in 8vo. (Osobna odbitka z Czasop. Tow. Aptek), str. 8 z 8 drzeworytami.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwalekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. podzarządem. Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:								
Rocznie	w Austryi	8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech	18 mk.	we Francyi	24 fr.
Półrocznie	„	4 „ 40 „	„	3 „	„	9 „	„	12 „
Kwartalnie	„	2 „ 20 „	„	1½ „	„	4½ „	„	6 „

Kraków, 27 Lipca 1878. №. 30. Rok XVII.

Dr. KAROL Baron ROKITANSKY

b. Profesor anatomii patologicznéj w Wiedniu, c. k. Radca Dworu, Prezydent Akademii Umiejętności, dożywotni Członek Izby Panów, Komandor orderu Leopolda i Franciszka Józefa z gwiazdą, Kawaler licznych orderów zagranicznych, Członek wielu Towarzystw naukowych, Członek Akademii Umiejętności w Krakowie oraz honorowy Tow. Lek. Krak. i t. d. i t. d.

Urodzony d. 11 lutego 1804 w Królowym Gracu w Czechach umarł nagle w Wiedniu dnia 23 b. m. o godzinie wpół do 5téj z rana.

Wiadomość o śmierci reformatora anatomii patologicznéj, twórcy szkoły wiedeńskiéj, niepospolitego badacza, wielkiego myśliciela i mistrza, którego uczniami z chlubą nazywa się liczny zastęp badaczy oraz niezliczony szereg lekarzy, była smutną niespodzianką dla jego wielbicieli na całéj kuli ziemskiéj rozsianych. Ustąpiwszy według obowiązujących przepisów z katedry po osiągnięciu 70go roku życia, czerstwy na ciele i umyśle, nie przestał bynajmniéj pracować już to w Izbie Panów, już to w Ministerstwie Oświaty jako referent wydziałów lekarskich Cislitawii, już to wreszcie jako uczony, i legł jak żołnierz na placówce, zajęty właśnie korektą nowego dzieła. Przed tygodniem jeszcze odwiedził syna swego w Insbruku, skąd powrócił cierpiący na nerwoból, a śmierć jego nastąpiła tak szybko, że nawet jeden ze synów we Wiedniu obecnych na czas przybyć nie mógł do umierającego ojca. Śmiercią więc szybką i dotąd nie wyjaśnioną zmarł mistrz, który na 50,000 trupów dochodził zmian chorobowych, pasmo życia przerywających. Dziś o godz. 4téj po południu odbywa się pogrzeb Męża, nad grobem którego powiewa okwefiony sztandar umiejętności i swobodnego badania, a w smutku pogrążeni są wszyscy, dla których zmarły był nauczycielem bezpośrednim lub pośrednim, wszyscy którzy umieją cenić pracę nieznużoną, uwieńczoną nadto tak świetnym dla ludzkości rezultatem. Nad stratą takiego Męża ubolewa ludzkość cała, a tém bardziéj państwo, które Go wydało i cenić umiało. Akademija i Tow. Lek. nasze, które nieboszczyka zaliczały do swych Członków, znajdują się w poczcie licznych korporacyj, które dziś z głęboką czcią otaczają trumnę i grób wielkiego myśliciela. Tow. Lekarskie nasze za pośrednictwem jednego ze swych członków złożyło wieniec na trumnie Członka swego honorowego.

Poprzestać musimy dziś na tych kilku słowach; ocenienie bowiem prac i zasług Męża, którego imię jest nieśmiertelném, wymaga większéj swobody umysłowéj; uważamy za obowiązek swój upleść w swoim czasie skromny wianek i dorzucić go do wawrzynów, które zdobiły czoło Mistrza, a których potomność szczędzić nie będzie Jego pamięci!

Kraków d. 25 lipca 1878 r.

I. Z kliniki chorob skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29.)

1) Franciszek W. z Krzeszowic, lat 27, ogrodnik, przybył na naszą klinikę w dniu 11 października 1876 r., gdzie rozpoznano: *Ulcus induratum diphthериticum in sulco coronario glandis. Polyadenitis inguinalis ambilateralis insignis, praecipuae autem in regione inguinali sinistra.* Zalecono do opatrywania wrzodu stwardniałego kwas karbolowy 3%, a celem leczenia ogólnego wstrzykiwania z białkanu rtęciowego

1 grm. p. d. (= 0,01 Sublim.), które chory ten dobrze zbudowany i odżywiony znosił wcale dobrze; ból i nacieki po wstrzykiwaniach w grzbiet były tylko nieznaczne. Po 5 wstrzykiwaniach pojawiła się osutka na skórze tułowia, szczególniéj w okolicy dołka sercowego w postaci drobnych guziczków, ale nie skupionych, jak przy *„Syphilis cutanea papulosa miliformis"*, tylko rozpierzchniętych; wrzód wielkości przeszło centa o podstawie wybitnie stwardniałéj niemal się zupełnie oczyścił z warstwy wypociny szaréj. W ciągu 2 dni następnych tj. 17 i 18 paźdz. pojawiły się również guziczki na odnogach górnych ale w ilości skąpszéj niż na tułowiu, gdzie wystąpiły w ilości dość znacznéj. Na migdałkach pojawiły się kłykciny powierzchowne. Po 23 wstrzykiwaniach znikła osutka guziczkowa po największéj części tak, że zaledwie tu i owdzie zbladłe guziczki spostrzedz jeszcze można było. Połyk mocno zaczerwieniony, na migdałkach nieco obrzękłych nalot szary; włosy nie wypadają; gruczoły pachwinowe zmalały, bo gdy w chwili przybycia chorego dochodziły zwłaszcza po stronie lewéj do wielkości orzechów włoskich, to obecnie są zaledwie wielkości orzechów laskowych (3), a po stronie prawéj prawie zupełnie poznikały. Dziąsła dobrze przyczepione. W 8 dni późniéj pomimo 28 wstrzykiwań pojawił się nowy wybuch plam bardzo wybitnych, a raczéj guziczków bardzo płaskich, szczególniéj w dołku sercowym, po stronie wewnętrznéj przegubów łokciowych i na grzbiecie; na migdałkach po obu stronach pojawiły się kłykciny owrzodziałe *(condylomata exulcerata)*, a dziąsła zaczerwieniły się i sprawiały przy jedzeniu ból choremu *(Stomatitis mercurialis)*. Zalecono więc choremu nalewkę dębiankową *(Tra gallarum)* do pędzelkowania dziąseł, a jodek potasu wewnętrznie (Kalii jodati 10:200 aq., 2 łyżki dziennie).

12 grudnia rozpoczął chory wcierania z szaruchy 3,00 p. d., pomimo bowiem 28 wstrzykiwań (= 0,295 Sublim. połączonego z białkiem) i 40,00 kalii jodati zmiany kilowe jeszcze nie ustąpiły, a mianowicie jeszcze na tułowiu i odnogach górnych utrzymywała się osutka plamista, a kłykciny owrzodziałe z migdałków dotąd nie ustąpiły. Po 6 wcieraniach osutka ustąpiła z pozostawieniem plam barwikowych; gruczoły karkowe jednak powiększone do wielkości grochu pozostały, a barkowe lubo nieznacznie tylko obrzmiałe, ale wyczuć się dawały; pachwinowe obecnie wielkości bobu. Dopiero po 20 wcieraniach ustąpiły wszystkie zmiany kilowe, mianowicie zaś kłykciny z migdałków i zmniejszyły się jeszcze bardziéj gruczoły pachwinowe i karkowe. Chory w ciągu leczenia trwającego 83 dni stracił 3 funty na wadze (ze 100 na 97).

2) Józef G. z Podgórza, l. 21, murarz, zgłosił się na klinikę prof. Rosnera 10 Października 1876 z bardzo mocném obrzmieniem gruczołów pachwinowych, których pakiety na kształt obrzęków przepuklinowych wysterczały z okolic pachwinowych i zwracały zaraz przy pierwszym rzucie oka uwagę na siebie tak, jak i mocne obrzmienie skóry napletka i całego prącia *(Ulcus induratum cum insigni phimosi. Polyadenitis inguinalis ambilateralis insignis. Balanoblenorrhoea)*. Nazajutrz pojawił się mocny obrzęk zapalny powieki górnéj prawéj skutkiem zapalenia okostnéj brzegu oczodołu *(Periostitis marginis supraorbitalis dextri)* przedstawiając stan bardzo podobny do wiewiórowego zapalenia spojówek. Pod lodowemi okładami i wcieraniem szaruchy z wyciągiem makowcowym i wilczéj jagody *(Extr. Belladonnae, opii aq. aa 1,00, ung. cinerei 10,00*, co 3 godziny wcierać w czoło) wróciła po 7 dniach powieka niemal do stanu prawidłowego, ból głowy ustąpił, a leczenie ogólne za pomocą wstrzykiwań podskórnych białkanu rtęciowego można było tém energiczniéj obecnie przeprowadzić. 20 października powstał ponad powieką górną ropień, który we dwa dni późniéj otworzono, wykazano za pomocą zgłębnika obnażenie brzegu oczodołu, a w 6 dni późniéj sprowadzono jego zabliźnienie przez wystrzykiwanie jamki kwasem karbolowym 2%.

Po 15 wstrzykiwaniach wystąpiły na przodkowéj scianie klatki piersiowéj bardzo skąpe guzki pokryte łuseczkami *(Syphilis cutanea papulosa lenticularis psoriatiformis)*, a ilość ich w dniach następnych mimo dalszych wstrzykiwań zwiększyła się nieco.

7 listopada po 20 wstrzykiwaniach, które chory dobrze znosił, nie skarżąc się wcale na ból znaczniejszy, pojawiły się wybitne oznaki obrzmienia dziąseł *(Stomatitis mercurialis)*, a osutka jeszcze wydatniéj wystąpiła na klatce piersiowéj: gruczoły pachwinowe lubo zmniejszyły się znacznie, jednakowoż są jeszcze zawsze mocno obrzękłe, bo dochodzą do wielkości orzecha włoskiego zwłaszcza po stronie prawéj. Stulejka *(phimosis)* jeszcze nie ustąpiła, stwardniałość pod nią znaczna.

20 listopada pojawił się nowy wybuch w postaci drobnych obecnie, rozsianych guziczków w ogóle dość skąpych, podczas gdy dawne większe, bo do wielkości soczewicy dochodzące łuszczą się i ustępują. 26 t. m. pojawiły się znów nowe guzki na grzbiecie wielkości groszku, które okazują łuszczenie, a na migdałkach powierzchowne kłykciny. Dawniejsze drobne guziczki zwiększają się zwolna przez rozszerzenie się nacieku i przekraczają wielkość soczewicy. Choremu zalecono kali jodatum (10:200) po 2 łyżki dziennie, a przeciw obrzmieniu dziąseł daléj tra gallarum do pędzelkowania. Skoro tylko stan dziąseł się poprawił, rozpoczął chory wcierania otrzymawszy poprzednio 20 wstrzykiwań (= 0,20 Sublim.) i 50 grm. kali jodati. Po 17 wcieraniach (3,00 p. d.) ustąpił obrzęk napletka niemal zupełnie, a guziczki szerzące się w obwodzie i pokrywające się łuseczkami obumarłego przyskórka również poznikały pozostawiwszy tu i owdzie drobne plamy barwy różowéj. Gruczoły pachwinowe zmniejszyły się znacznie, zaledwie bowiem w chwili opuszczenia zakładu przez chorego po 83 dniach leczenia dochodziły po stronie prawéj do wielkości orzechów laskowych. Chory zyskał 9 ff. na wadze ($^{20}/_{10}$ 98 ff., $^{5}/_{1}$ 107 ff.).

Przypadki te kiły cięższéj, niż ją zazwyczaj spostrzegamy, charakteryzują dobrze działanie terapeutyczne wstrzykiwań białkanu rtęciowego, stanowiąc dowód, iż łagodne to lekowanie wprowadzające do ustroju zwolna ale ciągle małe dawki rtęci, nie oddziaływa wprawdzie szkodliwie na ustrój, jednakowoż nie potrafi ani zapobiedz groźniejszym wybuchom kiły, ani wytępić jadu kiłowego w przypadkach złośliwszych lub przynajmniéj poskromić jego złowrogą działalność w sposób nader skuteczny, a więc pod tym względem ustąpić musi pierwszeństwa metodzie dawnéj tj. wcieraniom, za pomocą któréj w sposób wprawdzie niewygodny, ale i niebolesny możemy wprowadzić do ustroju znaczniejsze ilości rtęci i stłumić gwałtowniejsze wybryki jadu kiłowego, w czasie nierównie krótszym, niż gdybyśmy się ograniczyli do używania jedynie wstrzykiwań sublimatu w ilości 0,01 dziennie. Być może, iż wstrzykiwanie kilku centigramów białkanu rtęciowego na raz, mogłoby osiągnąć ten sam pożądany skutek, lecz takiemu lekowaniu musi stać na przeszkodzie bolesność i nacieki podskórne występujące po zastrzykiwaniu zwłaszcza większych dawek naraz, skutkiem czego chory nie wytrwałby z ochotą przy zastosowaniu omawianéj metody leczenia.

Co się tyczy wpływu białkanu rtęciowego na jad kiłowy w przypadkach zwykłych a więc średnio wziąwszy dość łagodnych, to najlepszą pod tym względem illustracyję stanowić mogą przypadki obserwowane na klinice naszéj w ciągu ostatnich dwóch lat, w których kilkakrotnie nieraz występowały objawy kiły powracającéj. W ogóle powiedzieć można, że recydywy były bardzo łagodne, a na poparcie tego zdania mógłbym przytoczyć ośm historyj chorób, opisujących formy pierwotne kiły, przeciw którym stósowałem wstrzykiwania białkanu rtęciowego i łagodne późniéj objawy kiły powracającéj, występujące zazwyczaj pod postacią kilku drobnych kłykcin, do usunięcia których zastósowanie leczenia miejscowego, szczególniéj zaś wybornéj metody Chérona, było aż nadto dostatecznem.

Z pomiędzy powyżéj wspomnianych ośmiu historyj chorób mogłem trzykrotnie obserwować chorych podczas kilkakrotnego ich pobytu na klinice naszéj i zauważyłem zawsze, że forma kiły powracającéj była nader łagodną, a odżywienie chorych było znakomite. Ostatnia okoliczność stanowiła dowód, jak łagodnym i nieszkodliwym jest wpływ małych dawek rtęci wnikających w ustrój za pomocą wstrzykiwań podskórnych i służy tylko do tém energiczniejszego poparcia nowszych zapatrywań syfilidologów, którzy obecnie zalecają leczyć kiłę powoli, małemi dawkami rtęci, ale przez dłuższy przeciąg czasu.

Za przykład znakomitego wpływu środka omawianego na jad kiłowy, niechaj posłuży następujący przypadek treściwie opisany:

1) Anna J., lat 21, wyrobnica z Jaworznia, przybyła 5 października 1876 r. do kliniki naszéj, gdzie rozpoznano: *„Syphilis secund. s. f. Condylomatum lat. ad labia pudenda majora et minora nec non ad tonsillas. Polyadenitis inguinalis ambilateralis, praecipue autem dextra, insignis et nuchalis dextra haud insignis. Psoriasis vulgaris cubitalis et ad genu utrumque“.* Cierpienie ma trwać od miesiąca, osutki żadnéj nie zauważono. Po 5 tuszowaniach metodą Chérona i jedenastu wstrzyknięciach białkanu rtęciowego pokryły się wszystkie kłykciny przybłonkiem, a po 15 wstrzykiwaniach i 8 przyżegnięciach nawet nacieki ustąpiły. Z przybytkiem 4 ff. na wadze (120 ff.) po 25 dniach leczenia opuściła chora nasz zakład wybornie odżywiona. Po pierwszych wstrzyknięciach ból trwał dwie godziny, późniéj tylko kwadrans, nacieki pod skórą były tylko bardzo nieznaczne.

W pięć miesięcy późniéj, bo 9 lutego 1877, pojawiła się znów chora ta na klinice naszéj z kilką tylko kłykcinami sączącemi na częściach rodnych, które po czterech przyżegnięciach według metody Chérona a 16 dniach leczenia zupełnie ustąpiły. Odżywienie znakomite, waży 130 ff.

Podobny przebieg objawów kiły zauważyć można było u Karoliny K., l. 20, służącéj z Krakowa, która 12 października 1876 przybyła do kliniki naszéj z rozległemi kłykcinami na częściach rodnych *„Syphilis secund. s. f. Condylomatum lat. ad labia pudenda et ad sulcos genito-femorales. Polyadenitis inguinalis et nuchalis. Blenorrhoea vaginae subacuta. Scabies.*

Po 15 wstrzykiwaniach i 7 przyżegnięciach metodą Chérona ustąpiły wszystkie kłykciny, a chora opuściła zakład otrzymawszy ogółem 20 wstrzykiwań białkanu rtęciowego z przybytkiem 4 ff. na wadze (100 ff.). Po 3 miesiącach pojawiła się znów na klinice z powodu dwóch drobnych kłykcin na zewnętrznéj powierzchni warg wstydliwych większych i jednéj koło stolca, które po 5 przyżegnięciach według metody Chérona zupełnie ustąpiły. W miesiąc późniéj pojawiła się znów z powodu trzech bardzo nieznacznych kłykcin, które znów przy użyciu leczenia miejscowego (4 r. Chéron) z łatwością ustąpiły. Odtąd choréj téj w zakładzie klinicznym nie spostrzegłem.

Nie tyle korzyści przedstawiał jednak wpływ wstrzykiwań podskórnych białkanu rtęciowego u Julii-P., 18 letniéj prostytutki z Krakowa, która w przeciągu niespełna roku również po trzykroć pojawiała się w zakładzie klinicznym z powodu recydywy kiły po leczeniu tą metodą pierwotnych jéj objawów.

1 marca 1877 rozpoznano u niéj *„Ulcus induratum superficiale ad frenulum labiorum pud. Polyadenitis inguinalis ambilateralis insignis. Blenorrhoea vaginae“.* Po 20 wstrzyknięciach białkanu rtęciowego i przykładaniu kwasu salicylowego (1 : 300) zewnętrznie zagoił się wrzód stwardniały bardzo ładnie, obrzmienie warg wstydliwych ustąpiło, jednak gruczoły pachwinowe pozostały mocno obrzękłemi mimo doprowadzenia liczby wstrzykiwań do 32. Straciwszy 2 ff. na wadze opuściła zakład wyleczona po dwumiesięcznym blisko tamże pobycie. Już w 2 tygodnie jednak wróciła napowrót z rozpadnięciem się wrzodu powierzchownie tylko zabliźnionego, ze znaczną chrypką i kłykcinami na migałkach. Dopiero po 20 wcieraniach szaruchy (3,00 p. d.) ustąpiły objawy kiły. W pół roku potém, bo 15 stycznia r. b., przedstawiła się chora z nieznacznemi tylko objawami kiły, bo tylko z kłykcinami sączącemi na częściach rodnych, które po 3 przyżegnięciach według metody Chérona i 10 wstrzyknięciach sublimatu z solą kuchenną zupełnie ustąpiły. Chora zyskała 9 ff. na wadze w ciągu ostatniego półrocza (z 92 na 101 ff.).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski,**
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28.)

Zaczynami fermentacyję zagajającemi są najniższe twory roślinne czyli grzybki.

Dla fermentacyi wyskokowéj najlepszym zaczynem jest grzybek drożdżownik czyli drożdże piwne, *„saccharomyces cerevisiae seu torula“* należący do rodziny *„ascomycetes.“*

Jeszcze w r. 1680, zatém gdy drobnowid nie dawno wynaleziony mało jeszcze był używany, badał Leuwenhoeck drożdże i zauważył, że się składają z kulek mikroskopowych zawieszonych śród płynu. Dopiero w niespełna dwa wieki późniéj przekonano się, że kuleczki te są roślinami żyjącemi, mianowicie w r. 1835 Cagnard de la Tour we Francyi a Schwann w Niemczech mogąc badać drożdże za pomocą daleko silniejszych i ulepszonych drobnowidów dowiedli, że one rosną i rozmnażają się w ich oczach, a rozwijają się z rośliny mikroskopijnéj zwanéj dzisiaj torula.

Nie masz tu samorództwa, przynajmniéj w naszéj epoce, lecz teraźniejsze drożdże są potomkami tych, które przed tysiącem lat istniały, podobnie jak zboże obecne pochodzi od zboża przed wieki istniejącego. Początek ich ginie w zmierzchu przeszłości i nie ma dzisiaj dowodu na poparcie twierdzenia o samowolném powstawaniu ani drożdży ani zboża.

Również mylném jest przypuszczenie, jakoby jeden i ten sam grzybek na różnym gruncie różne wydawał twory ślinne.

Przekonanie to utworzyło się tylko dla tego, że w jednéj i téj saméj atmosferze rozpostarte są zarodki przeróżnych tworów roślinnych niższego rzędu, które bardzo trudno oddzielnie hodować, ztąd mięszanina zarodków może wydać na jednym gruncie takie a na innym podobne lub odmienne grzybki, stósownie do tego, który grunt, któremu zarodkowi sprzyja. Dla oddzielnego wyhodowania tych grzybków potrzeba tak subtelnych doświadczeń, jak je umie wykonywać Pasteur.

Ażeby grzybek jakikolwiek się rozrastał, potrzebuje odpowiednich warunków, podobnie jak potrzebuje ich człowiek do życia.

Dla swego rozwoju i następnego rozmnażania potrzebuje grzybek drożdżownik istot białkowatych, cukru, soli mineralnych, mianowicie fosforanów alkalicznych, magnezyi, wapna i siarkanów tychże. Potrzebuje daléj ciepłoty nie niższéj nad +5 i nie wyższéj nad +40° C. Przy niższéj lub wyższéj ciepłocie życie jego ustaje. Potrzebuje wreszcie pierwiastku ożywiającego wszelkie jestestwa, tj. kwasorodu czyli tlenu. Jeżeli w te sprzyjające warunki dostanie się zaród drożdżownika, takowy wtedy rozrasta się.

Takiém polem sprzyjającém wzrostowi drożdżownika jest braha w browarach do wyrabiania piwa przysposabiana. Jeżeli jęczmień wymoczy się w wodzie, potém wodę się oddziela a jęczmień poddaje się wyższéj temperaturze, tak że poczyna kiełkować, następnie suszy się w piecu, wtedy jęczmień staje się słodkim i dlatego nazywa się słodem (Malz), a pochodzi to ztąd, że skrobia jęczmienia zamieniła się w cukier.

Słód ten zmielony i gotowany z chmielem potrzebnym dla nadania piwu właściwych mu przymiotów nieco odurzających i goryczki, tworzy tak zwaną brahę (Maisch). Do brahy do pewnego stopnia oziębionéj dodaje piwowar zacieru czyli drożdży piwnych i zlewa płyn oddzielając go od części stałych do kadzi zaopatrzonych jednym tylko otworem przepuszczającym powietrze.

Wkrótce po dodaniu drożdży wypływa z otworu brunatna piana i wpada do podstawionych naczyń. Są to nowo rozwijające się drożdże, które dowodzą, że fermentacyja odbywa się należycie.

Jeżeli piwowar dodał np. 500 kilogramów drożdży do brahy, to wskutek szybkiego rozrastania się ich otrzyma 2000—2500 kilogr., zatém 4—5 razy tyle ile ich zasiał.

Chcąc wywołać fermentacyję w braże, niekoniecznie dodawać do niéj drożdży. Przy zetknięciu z powietrzem braha fermentuje sama prędzéj lub późniéj, ale zdarzają się przypadki, że wynik fermentacyi ma smak wstrętny zamiast przyjemnego. Powietrze bowiem, którém oddychamy, jak powiedzieliśmy jest **zbiorowiskiem przeróżnych zarodków, które sprawiają fermentacyję**, gdy padną na pewne płyny. Niektóre z nich wywołują kiśnienie, inne zgniliznę. Zarodki drożdżownika napotkają się także w powietrzu, ale w tak małéj ilości, że taki płyn jak braha wystawiony na działanie powietrza stanie się prędzéj pastwą innych organizmów niż rolą dla drożdżownika.

Choroby piwa można przypisać wyłącznie obecności tych szkodliwych fermentów, których skład i sposób żywienia różni się całkiem od składu i życia dobrych drożdży.

Potrzeba doświadczonego piwowara, aby umiał uniknąć niebezpieczeństwa ze strony wymienionych szkodników piwu zagrażającego, podobnie jak potrzeba doświadczonego lekarza, by umiał chorych lub rannych uchronić od wielu przypadkowych powikłań chorobowych, w części także od podobnego rodzaju roślin niższego rzędu zależnych.

Nieco odmiennie od piwowara postępuje fabrykant wina. Materyjału swego nie potrzebuje przygotowywać jak piwowar słód z jęczmienia, ma już gotowy cukier w jagodach winnych. Nie potrzebuje także dodawać drożdży. Winogrona wsypuje się w kadź, pozostawiając w niéj nieco powietrza, otwór, którym wsypano jagody, się zatyka. Następuje bez dodatku drożdży fermentacyja, w skutek któréj po paru tygodniach w kadzi zamiast powietrza mamy kwas węglowy (CO_2) czyli bezwodnik węgla, dlatego świeca w kadzi natychmiast gaśnie. Równocześnie słodycz z jagód znikła a sok ich zmienił się w mocne wino.

A jednak i tu po wierzchu płynu lub na dnie naczynia znajdują się drożdże, owa „torula.“ Skąd ona się tam wzięła?

Nad tém pytaniem napróżno łamali sobie głowę chemicy, dopiero Pasteur wykazał, że w czasie winobrania na powierzchni jagód winnych i na ich łodygach znajdują się mikroskopijne ciałka, niektóre z nich mają kształt komórki organicznéj. Jeżeli ciałka te strząśniemy do wody, woda wkrótce mętnieje, jeżeli je strząśniemy do czystego soku winnego, to po upływie 48 godzin zobaczymy, iz torula urosła i rozmnożyła się, a wzrostowi jéj towarzyszą wszystkie oznaki silnéj fermentacyi. Ciałka więc owe na łupinach i łodygach winogron znajdujące się są owemi zarodkami, które rzucone w moszcz rozmnożyły się z taką szybkością.

Tymto sposobem w ciągu tysięcy lat, to co piwowar robił umyślnie, właściciel winnicy robił mimo wiedzy i woli. Tak jeden jak i drugi zasiewał drożdże. Zachodzi teraz pytanie, dlaczego przy rozroście drożdży cukier rozpada się na skrobię i dwutlenek węgla (CO_2)?

I na to pytanie Pasteur zadowalającą daje odpowiedź. Jeżeli drożdże wprowadzimy do płynu mogącego fermentować, do którego powietrze jednakże ma zupełnie wolny przystęp, w takim razie roślina ta rozwinie się w tym płynie przewietrzanym, wytwarzając wielką ilość dwutlenku węgla. Badając będziemy mieli wiele drożdży, wiele CO_2, ale zaledwie ślad wyskoku. Drożdże rosną w tym przypadku, ale nie działają jako zaczyn. Tlen w tym przypadku pochłaniany przez żyjącą roślinę pochodzi z wolnego powietrza, które miało przystęp do płynu. Dzieje się tu więc to, co przy oddychaniu zwierząt, wdychają tlen, wydechają CO_2.

Gdyby komórki drożdżowe zawsze miały przystęp powietrza wolny, wtedy ich rozwój i wzrost nie wywołałby fermentacyi, nie rozkładałby cukru na wyskok i CO_2, drożdże nie byłyby użyteczne.

Gdy jednak zamkniemy im zupełnie, albo utrudnimy przystęp powietrza, a roślina jest silnie rozwinięta, wtedy dla nabycia tlenu potrzebnego im do oddychania, w walce o byt odbierają pierwiastek ten otaczającym je ciałom, w których gaz ten znajduje się nie wolny wprawdzie, lecz w połączeniu chemicznem z innemi pierwiastkami.

Drożdże więc pochłaniające tlen rozkładają cukier, wytwarzają przytém ciepło, wydzielają CO_2, CO, a wyskok jest jednym z ciał tego rozkładu. Rozkład ten przedstawia następująca formuła chemiczna: (*Besanez, Lehrb. d. org. Chemie* 1876 podaje rozkład cukru tylko na wyskok i CO_2, lecz rozkład tu podany odpowiada zapatrywaniom Pasteura.)

1 równoważn. cukru gron. = $C_{12}H_{12}O_{12}$ rozkłada się na:
2 „ wyskoku $2(C_4H_6O_2) = C_8H_{12}O_4$
2 „ dwutlenku węgla $2(CO_2) = C_2O_4$
2 „ tlenku węgla $2(CO) = C_2O_2$
2 „ czystego tlenu $2O = O_2$
$C_{12}H_{12}O_{12}$

Fermentacyja więc jest to wynik usiłowań, które robi roślinka drożdżowa chcąca podtrzymać swe oddychanie za pomocą tlenu połączonego z innemi pierwiastkami w braku tlenu czystego, czyli jestto „życie bez powietrza.“ (Pasteur.)

Do wywołania fermentacyi zdolne są te tylko młode rośliny, które nabyły dosyć siły wegetacyjnéj przez zetknięcie z czystym tlenem powietrza. Gdy raz już drożdże nabrały téj siły mogą być przeniesione w roztwór słodki powietrza pozbawiony i będą tam żywić się tlenem, węglem i innemi pierwiastkami roztworu. W tych warunkach życie drożdży jako rośliny będzie mniéj czynném, ale działanie ich jako zaczynu będzie nieskończenie większe.

Czy jeden tylko drożdżownik *(torula cerevisiae)* zdolnym jest do wywołania fermentacyi wyskokowéj? Dziwnémby było, gdyby śród nieprzebranego mnóstwa roślin niższego rzędu, żadna inna nie była w stanie wywołać tego zjawiska. Jest między innemi roślina w naturze bardzo rozpostarta, zwana kiściakiem czyli penicillum glaucum, któréj zarodniki osadzają się na przeróżnych ciałach organicznych, a znalazłszy przyjazny grunt rozwijają się. Takim przyjaznym gruntem jest np. but, mięso, konfitury, ciasto itd. Pleśń zielonkowato-szara, którą na tych przedmiotach spotykamy, jest rozwijającą się tą rośliną.

Jeżeli słój z kompotem, który w kipiącéj wodzie sparzyliśmy w celu zniszczenia zarodków grzybkowych, nie jest dość szczelnie pęcherzem obwiązany, wtedy zarodki te dostają się z powietrza do słoju i wypuszczają wnet na powierzchni owocu długie niteczki. Póki roślinka żyje na powierzchni, żyje kosztem tlenu powietrza w słoju zawartego, nie ma wtedy w soku ani śladu wyskoku, ale gdy zanurzy się roślinka w głąb płynu, gdzie ilość tlenu będzie dla niéj niedostateczną, wówczas zacznie ona działać natychmiast jako zaczyn, zaopatrzy się w tlen rozkładając cukier i wtedy wynikiem rozkładu będzie i wyskok dający się w kompocie poznać po woni i smaku, mówimy wtedy, że kompot zaczyna się psuć. Wiele innych roślin podobne mają własności; ale nie tylko drożdże i podobne im grzybki w ten sposób się zachowują, bo np. dojrzewające owoce pochłaniają także tlen z powietrza atmosferycznego a wydzielają CO_2. Jeżeli nagle owocom tym powstrzymamy przystęp powietrza i umieścimy je np. w dwutlenku węgla, wtedy komórki owoców działają same jako zaczyn. Dla przedłużenia swego życia odbierają tlen rozkładając cukier owocu na CO_2 i wyskok. Dlatego owoce takie po pewnym przeciągu czasu tracą swą słodycz, nie znajdziemy w nich cukru, natomiast znajdziemy w nich wyskok. Dowiedli tego Lechartrier i Bellamy. Ludersdorf zaś wykazał, że drożdże działały, nie jak stwierdził Liebig, jako istota organiczna, ale jako istota uorganizowana, czyli żyjąca. Zniszczył on komórki drożdży zgniatając je na tafelce szklannéj i przekonał się, że takie zniweczenie organizmu odbiera mu możność wzbudzania fermentacyi, chociaż nie zmienia składu chemicznego.

Przenikliwy umysł Liebiga potrącił o prawdę, uważał on fermentacyję jako dowód chemicznéj niestałości związków, sądził że zaczyn udziela cząsteczkom sąsiednim nadmiaru swego ruchu chemicznego. Nie dotarł jednak do źródła tych zjawisk, gdyż nie będąc mikroskopistą, nie spożytkował wiadomości, jakie do wytłumaczenia zjawisk fermentacyi były niezbędne. Prócz grzybków drożdżownika wyskokowego i kiściaka *(penicillum glaucum)* znamy jeszcze inne zaczyny pod podobnemi warunkami się rozwijające jak drożdże. Takim jest np. „mycoderma aceti“ (Essigkahm, Essigmutter) także przez Pasteura dostrzeżony i bliżéj określony grzybek należący do prątków czyli bakteryj.

Jak drożdżownik rozkłada cukier, tak mycoderma aceti dostawszy się na powierzchnię rozcieńczonego wyskoku, choćby w najmniejszéj ilości, zamienia tenże przy zetknięciu z powietrzem atm. w krótkim czasie na ocet.

Jeżeli płyn wyskokowy rozcieńczony zawiera jeszcze białko i fosforany alkaliów, które znajdują się np. w winie lub piwie, to pierwiastki te sprzyjające nadzwyczaj rozwojowi grzybka zaczynowego ułatwiają téż wielce tworzenie się octu. Jeżeli ciecz zawiera więcéj niż 11% wyskoku, działanie grzybka octowego ustaje. Temperatura sprzyjająca jego rozwojowi jest 20—40° C. Jeżeli grzybek ten zakradnie się przy fabrykacyi piwa do drożdży, to piwo niechybnie skwaśnieje. Ogrzanie wina do 50 C. nie szkodząc winu tępi grzybek octowy i chroni wino od skwaśnienia. Ta prosta metoda, przez Pasteura podana, przysporzyła ojczyźnie jego milijony corocznie przez kwaśnienie wina tracone.

Podobnie działa grzybek kwasu mlekowego, należący do rodziny *„schisomycetes“* rozpostarty szeroko w powietrzu atm. Grzybek ten rozkłada cukier mlekowy na kwas mlekowy, kwas masłowy, kwas węglowy i wód. Najlepiéj rozwija się w tych samych warunkach co drożdżownik, w temper. 25—30° C., dlatego drożdże od zarodków tego grzybka chronione być muszą, jeżeli mają wydać dobry wyskok. W mleku kwaśniejącém znajdują się jeszcze prócz wspomnionego tworu roślinnego także żyjątka zwane mętwikami, albo wibryjonami. Jestto zaczyn gnilny w mleku. Mleko ochronione od grzybków i wymoczków nie skwaśnieje nigdy. Mleko przegotowane nie tak prędko kwaśnieje, bo tkwiące w nim zarody grzybków przez gotowanie zostają zniszczone. Mamy tu więc przykłady, jak ciała organiczne nieuorganizowane (cukier, rozcieńczony wyskok, mleko, kompoty, mięso) rozpadają się pod wpływem ciał organicznych uorganizowanych niższego rzędu zwanych zaczynami na inne ciała prostszego składu, zbliżające się coraz więcéj do pierwiastków gazowych, z których powstały. Sprawę tę nazywamy fermentacyją, kiśnieniem, próchnieniem, pleśnieniem, a jeśli połączona jest z wytwarzaniem cuchnących gazów, gniciem.

Sprawie gnicia podlegają przy sprzyjających warunkach wszystkie organizmy wyższego rzędu, które żyć przestały. Rozpadające się życie jest początkiem nowego życia znów od najprostszych organizmów się rozpoczynającego. Niezbędnemi warunkami wszelkiéj fermentacyi są:

1) obecność tlenu (niekoniecznie powietrza);

2) obecność wody;

3) ciepłota wyższa nad 0 i niższa od 100° C., najwięcéj sprzyjającą ciepłotą jest 20—40° C.

4) obecność ciała organicznego, które żyć przestało.

5) obecność ciała uorganizowanego czyli zaczynu.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. A. Politzer: **Lehrbuch der Ohrenheilkunde**. I Bd. Stuttgart 1878. F. Enke in 8vo str. 372.

Prof. P. jeden z pierwszych i celniejszych reformatorów w dziedzinie chorób usznych, znany z licznych prac swoich, obecnie ogłasza systematyczny wykład, którego pierwszą połowę mamy przed sobą.

W części téj zastanawia się autor naprzód nad anatomiją i fizyjologiją narządu przewodzącego fale głosowe i uwzględnia wszystkie prace i nowsze nabytki, poczém przystępuje do chorób ucha środkowego, przy téj sposobności mówiąc o stósowaniu cewnika do trąbki Eustachiego, o postępowaniu nazwaném po nim *(Politzersches Verfahren)*, które pod względem rozpoznawczym i terapeutycznym zyskało wielu zwolenników, gdyż skuteczność onego niewątpliwie stwierdzoną została. Następnie zastanawia się nad badaniem zdolności pojmowania wrażeń fal głosowych powietrzu udzielanych i aż do błony bębenkowéj dochodzących, nad badaniem słuchu na poszczególne tony, oraz nad badaniem bystrości słuchu w ogólności. Daléj wykłada rzecz o chorobach narządu przewodzącego fale głosowe i ucha środkowego, jak niemniéj o pierwotném ostrém i długotrwałém zapaleniu błony bębenkowéj, i o obrażeniu tejże. Ze stanowiska sądowo-lekarskiego czyni uwagi bardzo ważne, które w streszczeniu podaję:

Często lekarz ma orzekać, czy przedziurawienie błony bębenkowéj jest przyrody urazowéj; w tym celu powinien badać chorego najpóźniéj w kilka dni po uszkodzeniu, albowiem jeśli badanie późniéj nastąpi, natenczas mogłoby już przedziurawienie być zabliźnione. W takim razie lekarz z pewnościąby nie mógł orzekać, czy było przedziurawienie lub nie. Jeśli przy badaniu napotyka zapalenie ropiaste błony bębenkowéj, to tém mniéj może przemawiać za urazowém uszkodzeniem, gdyż zapalenie następowe niczém się nie różni od pierwotnego zapalenia ropiastego bł. bębenkowej i ucha środkowego. Jeśli zaś zabliźnienie urazowego przedarcia nastąpiło p o d o k i e m l e k a r z a w przeciągu kilku tygodni, natenczas lekarz o poprzedzającém urazowém przedziurawieniu nie ma najmniejszéj wątpliwości. Po stwierdzeniu przedziurawienia błony bębenkowéj lekarz ma orzekać, czy obrażenie jest lekkie lub ciężkie. Pęknięcie błony bębenkowéj wtenczas za lekkie uszkodzenie poczytać należy, jeśli mu nie towarzyszy wstrząśnienie błędnika, (wówczas chory słyszy kołatanie zegarka do skroni przyłożonego i drganie strojnika brzmiącego przez kości głowy po stronie obrażonéj) i jeśli po zabliźnieniu rany słuch wraca do stanu prawidłowego. Obrażenie błony bębenkowéj zaś jest ciężkiém uszkodzeniem, jeśli uderzenie wywołało i wstrząśnienie błędnika, (wtedy obrażony nie słyszy ani kołatania zegarka, ani drgań strojnika brzmiącego uchem strony obrażonéj, a słuch nie wraca nawet po kilku miesiącach do prawidłowego stanu). Nadto uwzględnić wypada, że zapalenie jednego ucha może wywołać współczulne zapalenie drugiego, jak to bywa czasem przy zapaleniu oka, i że w takim razie przebieg choroby bywa bardzo ostry i połączony z szybką utratą słuchu.

Mówiąc o chorobach jamy bębenkowéj, trąbki Eustachiego, wyrostka sutkowego, ucha środkowego, przestrzeni nosopołykowéj i jamy nosowéj wspomina o wznowionym sposobie stósowania cewnika przez j a m ę u s t n ą, mianowicie przy bezdrożności obu połów nosowych, lub jeśli z powodu bezdrożności jednéj połowy nosa cewnik do drugiéj połowy wprowadzonym być nie może. Używa on tego sposobu przy braku twardego lub miękkiego podniebienia, bez względu na to, czy się przez lukę podniebienną widzi ujście trąbki Eust. lub też nie.

Z Paryża zwrócono uwagę naprzód na to, że przez użycie cewnika stósowanego na chorym kiłą dotkniętym przeniesiono tę chorobę na zdrowych, dlatego P. podając tę wiadomość wylicza bardzo praktyczne wskazówki do ochronienia chorych od zarażenia zmierzające.

Stósowanie rurki elastycznéj Weber-Liela P. uważa tylko wtedy za wskazane, jeśli istnieje przedziurawienie błony bębenkowéj, a to dla tego, aby ciecz wstrzykana mogła z łatwością wypływać.

Wiadomo, że w przestrzeni nosopołykowéj przeważnie u dzieci zdarzają się ziarniny, przez Meyera nazwane *„adenoide Granulationen,“* które skutkiem niedrożności nosa wywołują trudności oddychania i ból czoła, i że niemoc tę stósownie do stopnia i natężenia leczą miejscowo natryskami, wstrzykaniami, środkami żrącemi a nawet narzędziami ostremi usuwają zziarnienia, wreszcie, że Weber z Hali podał narząd natryskowy, z którego płyn dostawszy się do jamy nosowéj spłókuje górną powierzchnię podniebienia, przyczém przez odruch zamyka się zastawka podniebieniowa, przez co płyn nie mogąc się wydobyć, ścieka drugą dziurką nosową; tym sposobem bryły śluzu i strupy zalegające spłókują się; przez boczne atoli ciśnienie wydarza się, że ciecz dostaje się do jamy czołowéj, co sprawia ból czołowy czasem przez cały dzień trwający, albo też ciecz spływa wśród powiększonego ciśnienia przez trąbki do jamy bębenkowéj, z czego powstają pojawy silnego zapalenia ucha środkowego. Przy użyciu tego narządu nie zauważałem żadnych nieprzyjemnych zjawisk, chorzy nie uskarżali się na jakiebądź ztąd wynikłe dolegliwości, tak że narząd we wielu razach dobre mi oddawał usługi. Otóż co do tego sposobu leczenia radzi P. zachować następujące ostrożności: ciecze użyć się mające winny być letnie, naczynie, w którém się ciecz mieści, nie powinno stać zbyt wysoko, a to dla tego, aby płyn nie ściekał do nosa skutkiem znacznego ciśnienia, nie należy głowy zbyt naginać ku tyłowi, głowa powinna zachować położenie poziome, aby się płyn nie dostał do jamy czołowéj; jeśli oba otwory nosowe mają nierówne światło, natenczas należy płyn wpuszczać do węższego otworu; ciecz użyta nie powinna być bardzo stężona.

Na tém kończy się tom pierwszy, ryciny dołączone są wiernie z natury zdjęte, i bardzo wielce się przyczyniają do zrozumienia przedmiotu; papier i druk dobry, czém się znany w świecie lekarskim wydawca odznacza. *Dr. Warschauer.*

Dr. Hueter młodszy: **O leczeniu róży w klinice chirurgicznéj w Gryfii.**

Już wiele pisano o skuteczności wstrzykiwań podskórnych kwasu karbolowego w przypadkach róży, pisano za i przeciw; ponieważ jednak przedmiot ten nie był wszechstronnie wyczerpany, sądzę że nie bez korzyści pod względem praktycznym będzie przytoczenie sposobu postępowania w przypadkach róży na klinice w Gryfii oraz pomyślnych wyników, które nadzwyczaj zachęcają do dalszych doświadczeń z kwasem karbolowym w tym względzie. Prof. Hueter uważając

bakteryje za sprawców róży zalecił jeszcze w r. 1874 kwas karbolowy do wstrzykiwań podskórnych przeciw temu złowrogiemu cierpieniu; szczególniéj zaś celem powstrzymania jego rozszerzania się wstrzykiwał na granicy zaczerwienienia 3—5 strzykawek Pravaza rozczynu 3% kw. karbolowego. Działanie jednak wyśmienite tego środka ograniczało się do pewnéj tylko przestrzeni, ale w całości nie zdołało zapanować nad nim wówczas, kiedy róża już się swobodnie rozwinęła i większą przestrzeń skóry zajęła, skutkiem czego w innym kierunku często w postaci wydłużonego pasemka cierpienie to daléj się posuwało. Wstrzyknięcie podskórne 1 grm. rozczynu 3% kwasu karbolowego podtrzymuje różę w obszarze równym niemal połowie karty do grania; po za tą jednak granicą sprawa chorobowa grasować może swobodnie daléj. Wychodząc z tego zapatrywania można się z góry spodziewać, że można tylko zapanować nad różą rozpostartą na małą przestrzeń, tak że kilka wstrzyknięć ze zwykłéj strzykawki Pravaza odrazu może stłumić poczynające się cierpienie; wczesne więc rozpoznanie róży odgrywać musi przy tego rodzaju leczeniu rolę bardzo ważną. Dreszcz silny, wymioty, podwyższona ciepłota nakazują bacznie śledzić zaczerwienienia charakterystycznego dla róży w obrębie rany, które zazwyczaj w ciągu kilku godzin po tych wstępnych objawach wybitnie występuje. Ranę samą wówczas zmywa się 3% rozczynem kw. karbolowego, a jeżeli wystąpi na niéj powłoka dyfterytyczna i przypady róży są groźne, to ranę zwilża się rozczynem chlorku zynku 5—8%, a nawet powłokę ową usuwa się tamponem zrobionym z waty i napojonym powyższym rozczynem chlorku zynku; szczególniéj należy dokładnie oczyścić zatoki, wszelkie rany i przetoki. Następnie dopiero wstrzykuje kwas karbolowy podskórnie. (Rp. Acidi carbolici, Spiritus vini aa 1,50 Aq. destil. 50,00), a przyswojenie leku tego ustrojowi tą drogą nie sprawia bólu znacznego. Autor wstrzykuje na raz zazwyczaj we wczesnym okresie róży niezbyt szeroko rozpostartéj 2—3 strzykawek Pravaza, w przypadkach nieco cięższych wystarcza 5 strzykawek, a raz tylko w przypadku bardzo groźnym, gdzie róża u mężczyzny silnie zbudowanego w ciągu kilku godzin posunęła się z przegubu ręki do połowy przedramienia, wstrzyknął autor 12 strzykawek Pravaza i tym sposobem stłumił odrazu różę w samym zarodku. Jeżeli liczba wstrzyknięć ma być znaczniejszą, radzi autor igiełkę w skórze pozostawić i w tym samym miejscu wstrzyknąć drugą jeszcze strzykawkę, aby choremu oszczędzić nowego bólu towarzyszącego nakłóciu, gdyż kwas karbolowy nadzwyczaj łatwo tkanki przenika i tym sposobem szerszy okręg odraża.

Jeżeli róży towarzyszy zapalenie naczyń limfatycznych i obrzęk gruczołów, to należy wzdłuż pasem zaczerwienionych naczyń limfatycznych i w miejscu obrzęku gruczołów grubo nasmarować maść szarą. Wreszcie ranę wraz z skórą przez różę zajętą pokrywa się wilgotną opaską karbolową i watą i zmienia się ten opatrunek 2—3 r. dziennie, a dopiero po zupełném ustąpieniu róży opatruje się napowrót ranę według metody Listra.

Po tych uwagach wstępnych przytacza H. pokrótce 17 historyj chorób, w których wpływ kwasu karbolowego przeciw róży okazał się znakomitym; z pomiędzy tych w 8 przypadkach jednokrotne zastrzyknięcie od 1—4 strzykawek Pravaza stłumiło różę odrazu, w sześciu innych róża trwała tylko 2 dni i dwukrotnie téż trzeba było kwasu karbolowego po kilka strzykawek wstrzykiwać; w 2ch ostatnich przebieg róży cięższy wymagał 3—4 dni i tylużkrotnych wstrzykiwań do wyleczenia. Autor nie zauważył żadnych przypadów otrucia karbolowego, mimo że w jednym przypadku w odstępach 12 godzinnych 3-krotnie wstrzykiwał 6—10 strzykawek Pravaza kwasu karbolowego 3%. Oczywiście w razie powstrzymania róży w dalszém jéj posuwaniu się obniża się również ciepłota, skóra blednie, a dalsze wstrzykiwania kwasu karbolowego sprowadzają zupełne wyleczenie. Metoda ta oprócz korzyści szczegółowych w każdym przypadku chorobowym ma jeszcze tę ogólną doniosłość, że usuwając różę usuwa zarazem możność zarażenia nią i innych chorych, wpływa więc na poprawę stosunków higijenicznych całego zakładu. *(Berl. klin. Wochenschrift* 1878, Nr. 24 i 25).

Macfarlane: Przypadek uporczywéj rwy kulszowéj *(ischias)* wyleczony przez naciąganie nerwu kulszowego.

Macfarlane podaje przypadek gwałtownéj i uporczywéj rwy kulszowéj trwającéj przez przeciąg 10 miesięcy u kobiety lat 19 liczącéj. Wyczerpnięto długi szereg środków tak zewnętrznych jak wewnętrznych przeciw temu cierpieniu zalecanych, jakoto podskórne wstrzykiwania morfinu, zastósowanie zewnętrzne tojadnika, szaleju, makowca, chloroformu, pryszczówek, ciepłych natrysków, żegadła i prądu galwanicznego. Wewnętrznie leczono podawaniem kolejno chininu, żelaza, chlorku amonu, strychninu, arszeniku, fosforu, jodku potasu, czerńca groniastego *(actaea racemosa)*, terpentyny, leków rozwalniających i t. d. Wszystkie te środki okazały się prawie zupełnie bezskuteczne. Jedyne lekkie polepszenie uważano po stósowaniu ciepłych natrysków wodą słoną w kąpielach morskich. Wreszcie postanowił Macfarlane odsłonić nerw kulszowy w celu naciągania takowego. Operacyję wykonał sposobem przeciwgnilnym wśród mgły karbolowéj. Rana zagoiła się *„per primam“*. Skutek operacyi nie pozostawił nic do życzenia, gdyż rwa ustąpiła w zupełności. *(The Lancet, July 6. 1878.)* *Dr. S. Ponikło.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XI z dnia 5go czerwca 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 22.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Ściborowski odczytał elaborat, wykazujący w jaki sposób ma być ukonstytuowaną komisyja mająca popierać wyroby lekarskie i aptekarskie, jeżeli ma działać skutecznie. Elaborat komisyi w całości przyjęto, a członkami obok dawnych zostali koll. Domański, Korczyński, Rydel, Madurowicz, Pareński, Obaliński, Zarewicz, Jakubowski, Oettinger, Buszek, Olszewski.

3) Przewodniczący zawiadamia, że komisyja statutowa złożyła na jego ręce projekt nowego statutu.

4) Kol. Lutostański odczytał rzecz o najodpowiedniejszych sposobach zadawania żelaza (ukaże się w Przegl. Lek.)

W dyskusyi powiada kol. Trauczyński, że nie uważa za stósowne używanie podobnego rodzaju przetworów, raz że jest ono połączone z niedogodnościami dla pacyjentów, powtóre że nie tańsze niż wody prawdziwe, że dozowanie leków nie może być ścisłém, a wreszcie że wyrabianie tego rodzaju wód sprzeciwia się w zasadzie działaniu komisyi baln., która ma na celu popieranie wód krajowych. W odpowiedzi podnosi kol. Lutostański, że przyrządzanie wód sztucznych jest najwyższym wyrazem nauki i że tu właśnie dawki ściśle można odmierzyć. Kol. Obtułowicz

zapytuje się o doświadczenia z białkanem żelaza, na co kol. prelegent odpowiada, że w kwestyi tej są zdania podzielone, jedni twierdzą, że białko wchodzi z żelazem w związek rozpuszczalny i jako takie ulega wessaniu, inni utrzymują wprost przeciwnie, że połączenia te nie są rozpuszczalne. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, gdyby taką wodę można zrobić, zachodzi jednak obawa o bardzo szybki rozkład. Kol. Domański twierdzi, że środki żelaziste podawane w najodpowiedniejszéj nawet formie nie odniosą osobliwie w blednicy dobrego skutku, jeżeli chore nie pracują fizycznie, ukwaszenie nie odbywa się natenczas należycie i chore tyją a pozostają niedokrewnemi.

5) Dr. Emanuel Machek został wybrany członkiem czynnym.

6) Kol. Kwaśnicki odczytał pracę swą o „durze powrotnym u dzieci“ (umieszcz. w Przegl. Lek.). W dyskusyi kol. Obaliński zapytuje się mianowicie, czy inni koledzy nie zauważali, że równocześnie z gorączką powrotną pojawiła się i zimnica? i czy w roku b. liczba chorych zimniczych nie była większą niż poprzednio? W jego bowiem oddziale było tego roku więcéj przypadków zimnicy niż dawniéj. Dalsze spostrzeżenie kol. O. odnosi się do téj okoliczności, że w czasie epidemii wydarzały się u rannych częste krwotoki miąższowe, czasami nawet bardzo gwałtowne. Trzecia uwaga, jaka mu się nasunęła, dotyczy częstego pojawienia się zapalenia gruczołu przyusznego u osób, które przebyły gorączkę powrotną. Wreszcie uwydatnia, że w pracy kol. K. za mało dotkniętą jest statystyka. Kol. prof. Jakubowski swierdza, iż zestawiając statystyczne daty przekonać się można, że odporność u dzieci daleko jest większą niż u dorosłych, że rzadziéj zapadały na powrotną gorączkę, i że z dzieci przebywających w szpitalu św. Ludwika z przyczyny innych chorób, żadne nie zapadło na pomienioną gorączkę, jakkolwiek nie było osobnéj sali dla duru powrotnego; jest więc o jeden dowód więcéj, że gorączka dzieciom nie tak łatwo się udziela jak dorosłym. Pierwszy przypadek téj choroby przybył do szpitala w grudniu. W przypadkach, w których krew była badaną z czasu pierwszego napadu, znajdował kol. Browicz stale spiryle, po 2 albo 3 napadzie badanie dawało rezultaty wątpliwe. Chlorki w moczu nieraz zupełnie znikały. Jeden tylko przypadek zakończył się śmiercią. Z zapaleniem gruczołu przyusznego były w szpitalu dwie chore, ale nie było podstawy do rozpoznania właściwéj przyczyny tego cierpienia; być może, że chore te przebyły poprzednio w domu gorączkę powrotną. Na zarzut uczyniony co do statystyki kol. Kwaśnicki odpowiada, iż od koll. lekarzy miejskich nie mógł w téj mierze otrzymać wyjaśnień, gdyż wieku chorych nie zapisywano, byłyby więc cyfry podane przezeń tylko statystyką szpitalną, nie zaś ogólną. Kol. Ponikło dodaje, że w chorobie téj nie ma cechujących zmian anat., obraz mniéj więcéj ten, jaki cechuje choroby gorączkowe, a więc ostre stłuszczenie narządów miąższowych; obrzęk śledziony należy do rzadkości. Rezultat sekcyi był niekiedy zupełnie ujemnym, a najczęstszą komplikacyję stanowiło włóknikowe zapalenie płuc. Kol. Obtułowicz wspomina, że w przypadku, który wydarzył się w klinice chorób skórnych, obraz chorobowy odpowiadał zupełnie obrazowi gorączki powrotnéj, drobnowid nie wykazał spiryli, a wynik sekcyi był ujemny.

Dr. Wurst.

Posiedzenie XII. z dnia 19go czerwca 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 16.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Trauczyński przedstawił kilka nowszych wyrobów farmaceutycznych: wazelinę, kwas chryzofanowy i pepsynę, oraz pankreatynę rozpuszczoną w winie. W dyskusyi udział brali koll. Zarewicz, Obtułowicz, Domański, Kwaśnicki i prelegent. Zdaniem kol. Zarewicza zasługuje wazelina na uwagę ze względów praktycznych; używać jéj można z pożytkiem w chorobach skórnych, szczególnie ostrych; nadaje ona skórze miękkość i gibkość, a przytém nie drażni przez rozkładanie się na kwasy tłuszczowe. Używa się jéj także do przyrządzania maści rozmaitych w miejsce zwyczajnych tłuszczów; szara maść przyrządzona z wazeliną traci niemiły zapach, a używając jéj będzie się można przekonać, czy słusznem jest twierdzenie niektórych, jakoby w szaréj maści miał działać przeważnie kwas tłuszczowy w połączeniu z rtęcią. Co do kwasu chryzofanowego, otrzymuje go się z rośliny Goa, i używany jest na wschodzie w rozmaitych chorobach skóry. Z dobrym skutkiem można go stosować w przewłocznych chorobach skóry z naciekami np. w łuszczu. Kol. Obtułowicz dodaje, że według spostrzeżeń w klinice prof. Rosnera działa kwas chryzofanowy dobrze w tych przypadkach, w których występuje zapalenie skóry w postaci rumienia; w przypadkach, gdzie rumienia nie było, skutek nie był wyśmienity. W łupieżu pstrym usuwa kwas chryzofanowy osutkę, ale trudno dziś jeszcze powiedzieć, czy zabezpiecza od powrotów. Kol. Trauczyński zapytuje się, czy kwas solny używany do zakwaszenia wina, w którym rozpuszcza się pepsynę, nie jest może szkodliwym dla żołądka. Zdaniem kol. Kwaśnickiego kwas ten szkodliwie działać nie może, gdyż nie jest niczém obcém dla organizmu; działanie zaś tych eliksyrów zależy od ilości i sposobu użycia, co dopiero doświadczenie wykaże. Kol Domański dodaje, że używanie pepsyny albo pankreatyny rozpuszczonéj w winie zakwaszoném, albo niezakwaszoném, zależném będzie od rodzaju choroby, w któréj przetwór ten ma być zastosowanym.

3) Kol. przewodniczący zdaje sprawę z uchwały komitetu w kwestyi przystąpienia towarzystwa do związku lekarzy rakuskich; po dłuższéj dyskusyi w któréj udział brali koll. Blumenstok, Domański, Obtułowicz i Zarewicz, odesłano sprawę tę na wniosek kol. Zarewicza do komisyi statutowej

Na tém zakończono posiedzenie z powodu równoczesnego innego zebrania, na które wielu kolegów udać się chciało.

Dr. Wurst.

V. Listy ze Lwowa.

W poprzednich listach dotykaliśmy już nieraz spraw szpitala na Kulparkowie; ostatnie jednak zajście i ztąd wynikły proces oskarżający służącego o nieludzkie obchodzenie się z chorymi, rozprawa sądowa i zainteresowanie się naszéj prasy a tém samém i publiczności całego kraju, zmuszają nas do poruszenia na nowo tego tematu i nakreślenia naszych zapatrywań.

Od pewnego czasu już toczą się podobno rozprawy w Wydziale krajowym nad sprawami w Kulparkowie; jakiéj one są natury, trudno wiedzieć; zapewniano nas jednak, że rozchodzi się o kwestyję, którą już dawno należało załatwić a którą myśmy skrzętnie dotąd pomijali tj. o kwestyję stabilizacyi urzędników. Ociąganie się Wydziału krajowego z załatwieniem téj sprawy jest nam niejako probierzem stosunków i mimo woli nasuwa myśl, że coś w tym nieszczęśliwym domu dzieje się niezwykłego, skoro Wydział krajowy waha się i nie chce utrwalić stanu dzisiejszego. Nieszczęśliwy to dom, słusznie go tak nazywamy, znajdując w krótkiéj jego historyi dla téj nazwy usprawiedliwienie dostateczne; dwa procesa bowiem dzięki dziennikarstwu nie przyczyniły sławy ani też nie przysporzyły przychylności dla zakładu.

Wziąwszy pod uwagę oba procesy szpitala na Kulparkowie, które są niezaprzecznie najwymowniejszemi i najwięcéj uderzającemi faktami to proces pierwszy, który był wytoczony przeciw rządcy i na tegoż korzyść się zakończył a tem samém na niekorzyść Wydziału krajowego, pozostawił nam zagadkę nierozwiązaną. Obwiniony nie jest winnym, któż zatém? jeżeli jaką, to tę sposobność powinien był wyzyskać Wydział krajowy, a korzystając z jawności procesu szukać winnego. Akta śledcze muszą zawierać niejedną ciekawą wiadomość dotyczącą spraw szpitala na Kulparkowie i mogłyby wyświecić niejedną z ciemnych stron tego zakładu, a przecież znajomość tychże jest ważną, aby módz naprawić to, co jest do naprawienia. Nie chcąc mieć złego wyobrażenia o Wydziale krajowym przypuszczać musimy, że nie potrzebował się rozpatrywać, przekonywać i ba-

dać po aktach; trzyletnie bowiem istnienie zakładu i nurtujące wciąż we wnętrzu tegoż burze mogły Wydział krajowy należycie pouczyć; jeżeli zaś przypuszczenie nasze jest słusznem, to czemu, pytamy się, panuje wciąż w sprawie kulparkowskiego szpitala milczenie? Drugi z procesów o wiele głośniejszy, a o którego treści namieniliśmy na początku niniejszego listu, pociągnął za sobą bardzo złe skutki i to takie, które niełatwo naprawić można, tj. zachwiał zaufanie publiczności i dobrą sławę zakładu, i to tak, że jak nam wiadomo, rodziny niektóre, które chorych w zakładzie miały, takowych odbierały, a te, które swych chorych w zakładzie umieścić potrzebują, wysyłają ich ze znacznym nawet materyjalnym wysiłkiem za granicę albo urządziwszy mieszkanie oddają pod pieczę lekarzy, byle nie posłać ich do Kulparkowa. Przykrém zaiste jest dla lekarza, jeżeli spotyka między publicznością tyle niechęci i braku zaufania do zakładu, którego zaczątek budził tyle nadziei, a tém przykrzejszém jest, jeżeli bronić go nawet nie może. Czyż podobne usposobienie publiczności nie wstrząsa silnie podstawami instytucyi, któréj byt zawisł od zaufania publicznego i poparcia ze strony mieszkańców kraju. Dziennikarstwo nasze za daleko poszło w ocenie faktu samego, bo taki przypadek wydarzyć się może w każdym nawet najidealniéj prowadzonym zakładzie; mimo to, nie myślimy go i lekceważyć, prawdą bowiem jest że i wydarzenie się takiego przypadku w zakładzie o ustalonéj opinii nie popsuje takowéj, gdyż ona starczy mu za obronę, a przeciwnie jeżeli się wydarzy w zakładzie dorabiającym się dopiero sławy, a tém więcéj w zakładzie takim jak na Kulparkowie, który po niedługiém istnieniu ma już pewne skazy, wtedy nabiera on wielkiéj doniosłości i jest bardzo groźnym świadkiem wewnętrznego rozstroju.

Pobieżny ten rzut oka na wymowniejsze zdarzenia w szpitalu na Kulparkowie nasuwa nam przekonanie, że źle się dzieje i że złemu zaradzić trzeba, dlatego dziwimy się, dlaczego Wydział krajowy i Sejm, instytucyje, które z gotowością godną sprawy i uznania kapitał milijonowy na wzniesienie zakładu łożyły, nie biorą się równie stanowczo do naprawy złego, które istnieje. Szpital na Kulparkowie jest dziś niejako „noli me tangere,“ nikt nie powie, aby nie widział, nie czuł i nie był przekonany o złém, które istnieje, i o potrzebie naprawy, a przecież wszystko co się czyni, czyni się aby czasowo załagodzić zajścia. Wypowiedziawszy otwarcie nasze zdanie o szpitalu kulparkowskim, ograniczamy się do tego ogólnego rzutu oka, nie chcąc wchodzić w szczegóły, oskarżać winnych, dotykać osobistości, wykazywać błędy, aby nie uprzedzać zdania i wyroku Wydziału krajowego, który jak nas słuchy dochodzą, kwestyję tę roztrząsa. Słowa nasze bodajby były raczéj bodźcem i zachętą dla Wydziału krajowego do dokładnego zaj cia się sprawą i stanowczéj naprawy upadającéj instytucyi. Pojmujemy aż nadto, że gruntowna naprawa i zmiana stosunków pociągnąć musi za sobą pewne ofiary, innéj rady niema. Losy szpitala na Kulparkowie spoczywają dziś w rękach Wydziału; jeśli tenże zdecyduje się na krok stanowczy i wykorzeni złe w zupełności, to odzyskamy wszystko, w razie przeciwnym wszystko jest straconém, a strata będzie tém boleśniejszą, ile że dotyka kraju ubogiego, pozbawiając go jedynego większego zakładu dla tych nieszczęśliwych, którzy szukając pomocy i domu leczniczego nie znachodzą nawet dobrego przytuliska. W imieniu tych nieszczęśliwych obłąkanych zwracamy się do Wydziału krajowego oczekując z pewnością poprawy ich losu. Kończąc zaś niniejszy list dodać musimy tę uwagę, że chcąc coś zdziałać w sprawie szpitala na Kulparkowie, trzeba reformy stanowczéj, gruntownéj, całkowitéj; środki połowicze nie doprowadzą do celu, mamy bowiem do czynienia z błędami organicznemi. *N.*

Listy z Wiednia.

VI.

Wydział lekarski i docenci. — Wodociąg i studnie w Pottschach. — Jubileusz zakładu krajowego dla obłąkanych. — Szpitale polne. — Album dla prof. Arlta. — Prof. Skoda.

Od lat kilku czuć się daje brak zasad według którychby postępował wydział lekarski w sprawie mianowania profesorów nadzwyczajnych. Wprawdzie mianowanie zależy od ministerstwa; ponieważ ono atoli dotąd nigdy nie sprzeciwiało się woli wydziału, więc cała odpowiedzialność, niezadowolenie i żale istotnie lub pozornie tylko pokrzywdzonych kandydatów spadają tylko na wydział. W ostatnich tygodniach ubiegłego półrocza przedstawił wydział docentów Dra Stofellę i Dra Fleischla na profesorów nadzwyczajnych. Pierwszego popierał prof. Duchek, ostatniego prof. Brücke. Było atoli jeszcze więcéj kandydatów. Braun mianowicie żądał, aby przedstawiono docenta Dra Rokitańskiego, a Winternitz właściciel i lekarz zakładu wodoleczniczego w Kaltenleutgeben żądał pisemnie, aby go proponowano na prof. nadzw., popierając prośbę swoją tém, że jest jednym z najstarszych docentów, że na wykłady jego bardzo znaczna liczba słuchaczów uczęszcza, że na polu piśmiennictwa lekarskiego a szczególnie hydroterapii bardzo był czynny, że wreszcie Cesarz w uznaniu jego zabiegów mianował go radcą cesarskim. Wydział jednak życzeniom Brauna i Winternitza zadość nie uczynił, lecz pozostawiając rzecz tymczasowo w zawieszeniu powziął uchwałę, aby wybrać osobny komitet i polecić mu wypracowanie regulaminu, któryby streścił zasady, według których postępować należy w sprawie mianowania docentów profesorami nadzwyczajnymi. Przyznano więc i w łonie wydziału, że dotąd wydział bez zasad z góry wytkniętych postępował; tego samego zdania są i docenci, którzy kilka dni później na zgromadzeniu zwołaném przez Dra Bettelheima i Dra Hofmokla, docentów zasiadających w wydziale lek., także wybrali komitet, który się ma zająć wypracowaniem memoryjału w tejże sprawie. Nie odmawiają oni wydziałowi prawa przedstawienia kandydatów, lecz idzie im o sprawiedliwe i nieuprzedzone uwzględnianie czynności naukowéj pod względem piśmienniczym lub dydaktycznym, gdyż zdaniem większości obecnych docentów wydział ważne te względy dotąd nie zawsze miał na oku. Oprócz tego postanowili docenci założyć stowarzyszenie docentów i przygotować statut. Docenci ostatecznie zdążają do tego samego celu, co i wydział i zapewne jest chwalebną rzeczą, gdy się domaga sprawiedliwego uwzględniania zasług docentów. Żałować tylko wypada, że memoryjał nie do wydziału, lecz do ministra oświecenia wystósowanym będzie, gdyż docenci stanęli w niejakiém przeciwieństwie do wydziału. W sprawie domowéj, dotąd zawsze w łonie wydziału załatwianéj, mogącego najlepiéj oceniać zdolności kandydatów, odwołano się do ministerstwa, czego w obec zasady samorządu uniwersytetów uświęconéj wiekami a potrzeby zachowania téj zasady w interesie nauki i nadal za rzecz stósowną uznać nie podobna.

Sprawa wodociągu Franciszka Józefa od czasu ostatniego listu naszego wzięła niespodziewany obrót. Wiadomo, że ilość wody wodociągu, którego źródła dają dziennie dwa i pół milijona wiader, w zimie nie wystarcza na potrzeby miasta. Przedsiębiorca Schwartz przedłożył radzie miejskiéj projekt, który złemu ma zaradzić. W Pottschach jest rzeka podziemna, która według obliczeń znawców w lecie i w zimie daje 300 — 600 tysięcy wiader wody, którą p. Schwartz ma zamiar wprowadzić w rury wodociągu Franciszka Józefa, aby w razie niedostatecznych przypływów z alpejskich źródeł zasilać według potrzeby wodociąg. Wprowadzenie według projektu nastąpić ma za pomocą tłoczni parą w ruch wprowadzanych *(Brunnenschöpfwerk)*, których urządzenie ma kosztować milijon złr. Są to stosunkowo nieznaczne koszta w porównaniu z temi, któreby za sobą pociągnęło zakupienie gruntów potrzebnych do wprowadzenia źródeł Schwarzy. Zdaje się atoli, i na to zgadzają się powagi naukowe, że woda rzeki podziemnéj w Pottschach jest wodą filtrowaną ze Schwarzy. Wprawdzie jéj rozbiór chemiczny okazał, że niema szkodliwych zdrowiu składników, a choć czystością nie dorównywa wodzie wodociągu Franciszka Józefa, jednak ma smak dobry i ciepłotę dość niską. Zawsze atoli nie jest to już woda źródlana a z wprowadzeniem jéj do wodociągu upadła w zasadzie myśl wodociągu źródlanego *(Hochquellenleitung)*. Tak się zapatrywał na rzecz także Dr. Felder burmistrz tutejszy mający największe zasługi około przeprowadzenia myśli Suessa. Sprzeciwiał się też przyjęciu projektu Schwartza, a gdy większość rady miejskiéj na stronę tegoż projektu się przechyliła kierując się finansowemi względami, złożył godność burmistrza. Wiedeń stracił w nim sprężystego kierownika, który popierał gorąco każdą myśl mającą na celu polepszenie stosunków higijenicznych téj wielkiéj gminy.

Wspomnieliście już, że dolno-austryjacki zakład krajowy dla obłąkanych obchodzi obecnie 25-letni jubileusz swojego założenia i że dyrektor zakładu prof. Schlager z tego powodu urządził wystawę przedmiotów, które w jakimkolwiek związku stoją ze sprawą leczenia obłąkanych lub ze zakładami dla tychże. Już w r. 1874 widzieliśmy tutaj podobną lecz w mniejszych rozmiarach urządzoną wystawę przedmiotów wyrabianych przez obłąkanych w zakładzie. Z dochodów jéj przeznaczono 1500 złr. na fundusz żelazny, z którego odsetków zakupuje się potrzebne przyrządy i przedmioty dla szkoły obłąkanych, która w myśl nowszego bezprzymusowego sposobu leczenia chorych tu od lat kilku istnieje. Wystawa obecna otwartą została w niedzielę w obecności Cesarza przez marszałka krajowego opata Helferstorfera. Przedmioty wystawowe można zakupywać. Z powodu, że w tutejszym zakładzie znalazło schronienie kilka osób znakomitych na rozmaitych polach sztuki lub nauki, dochody ze sprzedaży niektórych przedmiotów będą znaczne. Wspominamy tylko, że tu od lat wielu znajduje się F e r n k o r n, twórca znanych każdemu kto Wiedeń zwiedzał pomników Eugenijusza sabaudzkiego i niezrównanego arcydzieła, pomnika arcyksięcia Karola, które zdobią plac przed pałacem Cesarza. Daléj znajduje się tu malarz Kratky, dziennikarz i literat Bauernfeind i inni. Bliższe o wystawie wiadomości podacie zapewne w osobnych listach.

Z powodu częściowéj mobilizacyi w celu zajęcia Bośni i Hercegowiny zarządzonéj, staną już z końcem tego tygodnia cztery szpitale polowe. Dla armii w polu zaprowadzone są w Austryi dwojakie szpitale: podzielne i niepodzielne. Pierwsze przyjąć mogą 600 chorych i tak są urządzone i wyposażone, że je można rozdzielić na 3 mniejsze szpitale, które samoistnie rządzić się mogą i przyjmować po 200 chorych. Niepodzielne zaś przyjmują 500 chorych. Armii okupacyjnéj dodano także dobrze wyposażone tabory górskie *(Gebirgstrain)*. Właściwością tychże jest, że tak wszystkie przybory wojenne i żywności, jak chorych i rannych, nie przewozi się wozami, tylko za pomocą mułów, rzadziéj koni, rannych się zaś przenosi. Taborom w tym celu dodane są osobne oddziały t. zw. *Tragthier - Escadronen*. Siodła mułów mają osobne bardzo wygodne przyrządy dla umieszczenia rannych, albo skrzyneczek z pieniądzmi, prochem, a po obu bokach wiszą worki albo kosze na chleb, suchary, mąkę, mięso, lub skórzane miechy na wino i wodę. Jedno zwierzę nosi zwyczajnie 120 kilo i żywność dla siebie na dni 4.

Uczniowie profesora Arlta, z których dziesięciu zasiada na katedrach okulistyki w rozmaitych państwach Europy, przygotowują mu miłą niespodziankę. Zawiązał się komitet na czele którego stoi prof. Dr. Otton Becker w Heidelbergu, który w uznaniu zasług Arlta na polu nauki a kierując się wdzięcznością dla nauczyciela i mistrza, postanowił mu wręczyć wspaniałe album kosztem uczniów zakupione. Dotąd już znaczna liczba fotografij okulistów obu półkul świata nadeszła do Wiednia a składki dochodzą do 1000 złr. W krótkim czasie komitet wręczy album prof. Arltowi.

Donosimy wreszcie o stanie zdrowia prof. Skody. Z natury choroby jego wynika, że się stan jego już to polepsza, już to pogarsza. Leczą go proff. Schrötter i Dittel. W ostatnim tygodniu bole i duszność ustępują, rana w nodze się goi, spodziewać się więc można, że znakomity nauczyciel całego pokolenia dziś żyjących lekarzy do zdrowia powróci.

Dnia 15 lipca 1878. *Dr. E. Machek.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 25 lipca. Wiadomo, że tutejszy Wydział lekarski jeszcze w marcu rb. oświadczył się za złączeniem klinik ze szpitalem św. Łazarza. Otóż Ministerstwo oświaty opierając się na têm życzeniu oraz ze względu na oszczędność reskryptem z d. 12 bm. poleciło ułożenie projektu reformy klinik uniwersytetu tutejszego i czynność tę poruczyło osobnéj komisyi, w skład któréj wchodzić mają jako przewodniczący JWny radca ministeryjalny i Starosta Z a l e s k i, reprezentanci klinik i wydziału, referent spraw lekarskich w Wydziale krajowym poseł Dr. H o s z a r d, oraz sekretarz Namiestnictwa O t t m a n n. Nadto Ministerstwo uznało sprawę tę jako n a g l ą c ą, a wskutek tego zarządziło, aby odnośne dochodzenia odbyły się jeszcze przed rozpoczęciem feryj szkolnych, a więc natychmiast, i aby komisyja wniosek swój jak najspiesznéj przedłożyła Namiestnictwu. Wydział krajowy zgodził się na delegowanie p. H o s z a r d a, który też razem z p. O t t m a n n e m temi dniami przybył do Krakowa. Nie wątpimy przeto, że tym razem sprawa tak ważna spiesznie załatwioną zostanie.

* **Na posiedzeniu** w d. 19 bm. odbytém tutejszy Wydział lekarski zamianował Dra Antoniego M a r s a sekundaryjusza w szpitala powszech. we Lwowie asystentem przy klinice położniczéj w Krakowie.

* Na posiedzeniu k o m i s y i s a n i t a r n é j m i e j s k i é j w d. 19 bm. odbytém pod przewodnictwem Dra W a r s c h a u e r a w skutek interpelacyi wystósowanéj przez Dra N e u s s e r a względem pochowania przed terminem prawnie oznaczonym zwłok radcy miejskiego wyznania mojżeszowego wszczęła się żywa dyskusyja nad wczesném chowaniem w ogóle trupów żydowskich w mieście naszém, a w szczególności Dr. B l u m e n s t o k żądał wyjaśnienia, dlaczego magistrat nie przestrzega obowiązujących przepisów i dozwala, aby żydzi systematycznie wyłamywali się w téj mierze z pod tych przepisów. W dyskusyi brali udział wszyscy prawie

obecni członkowie: przedstawienie rzeczy podane przez lekarza obwodu IIIgo Dr. Blumenstok uważa za niedostateczne i żąda energicznego zapobieżenia złemu. Następnie tenże członek interpeluje, czy wiadomo magistratowi, że żydzi wbrew poleceniu wynoszą zmarłych w lektyce otwartéj, pokrytéj tylko suknem, i żąda, aby nadużyciu temu szkodliwemu pod względem higijenicznym, a przypominającemu czasy średniowieczne, raz przecież kres położono. W końcu fizyk miasta Dr. Mohr w imieniu podkomisyi oświadcza się za dozwoleniem wyrabiania kompostu w ogrodzie szpitala św. Łazarza. Po przemówieniu kilku członków sprawa ta odroczoną została do przyszłego posiedzenia.

Na posiedzeniu komisyi sanitarnéj w d. 23 bm. również pod przewodnictwem Dra Warschauera odbytém fizyk miasta Dr. Mohr oświadcza się za udzieleniem pozwolenia do wyrabiania kompostu w ogrodzie szpitala św. Łazarza; po przemówieniu atoli Drów Janikowskiego, Korczyńskiego, Buszka i Neussera komisyja odmawia swego pozwolenia. Następnie Dr Korczyński czyni kilka wniosków mających na celu uzdrowotnienie miasta, które komisyja przyjmuje. Na wniosek weterynarza miejskiego i członka komisyi sanit. p. Pacuły, aby ułożono instrukcyję dla nowéj rzeźni, komisyja deleguje ad hoc członków: Janikowskiego, Jul. Grabowskiego, Lutostańskiego i Pacułę.

* Według nadesłanych nam wykazów bawiło w Krynicy do dnia 20 b. m. osób 1201, w Cieplicach czeskich do dnia 21 b. m. osób 6607, a w Giesshüblu 63.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 27 (od 30 czerwca do 6 lipca włącznie) umarło w Krakowie osób 40; 27 mężczyzn i 13 kobiet; 22 osób umarło w obwodach i 18 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 37·1. Z chorób zakaźnych umarły 3 osoby, mianowicie: 1 z płonicy i 2 z krztuśca.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. medycyny Teodor Oppolzer (syn klinicysty), prof. astronomii we Wiedniu otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl. w uznaniu zasług, który położył jako nauczyciel i uczony. — Prof. Esmarch w Kielu otrzymał order turecki Medzidzie 3ciéj kl., a docent prywatny w Berlinie Dr. Löhlein order domowy W. książ. saski sokoła białego. — Lekarz przyboczny szacha perskiego Dr. Tholosan otrzymał wielki krzyż orderu Franciszka Józefa. — Dr. Arnold Pick w Pradze potwierdzony został jako docent psychijatryi i chorób nerwowych. — Dr. Karol Bardeleben w Jenie zamianowany prof. nadzw. — Dr. Kraske habilitował się jako docent prywatny w wydz. lek. w Hali. — Opróżnione w *Council of Royal College of Surgeons* 3 miejsca otrzymali pp. Lund, Wilson i Gay.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lekarskich uzyskali na Uniw. Jagiell. pp. Leon Floryjan Nowacki z Libawy w Kurlandyi, Mieczysław Rogala Skalski z Borka fałęckiego, Emanuel Izydor Rosenblatt z Krakowa, Paweł Sas Dubanowicz z Zawałowa w Galicyi, Andrzej Knapczyk z Cichego w Galicyi i Edward Koerner z Milna w Galicyi.

Sprostowanie: W num. 27 Przegl. Lek. str. 338, 2ga kolumna zamiast: *a)* Anatomija, fizyjologija i patologija gruczołów chłonnych, ma być: gruczołów potnych. W Nrze 28, str. 351, kol. 2, zamiast: zwierzęta mało rozwinięte które mają gruczoły potne, ma być: zwierzęta które mają gruczoły potne mało rozwinięte.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 3 Sierpnia 1878. №. 31. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Jeżeli z tych dowodów zaczerpniętych z doświadczenia klinicznego, a przemawiających *pro* i *contra* co do wpływu białkanu rtęciowego na jad kiłowy zakażający ustrój ludzki, wysnuć chcemy ostateczne wnioski tyczące się użycia białkanu rtęciowego, to możnaby je streścić w sposób następujący:

Białkan rtęciowy zachwalany przez Bambergera jest środkiem terapeutycznym przeciwkiłowym zasługującym o tyle na zaszczytną wzmiankę, że w przypadkach kiły z przebiegiem zwykłym, niezbyt złośliwym, przyśpiesza tak gojenie się wrzodu pierwotnego, jak i ustępowanie przypadków kiły wczesnéj i powracającéj zwłaszcza przy użyciu leczenia miejscowego. Łączy on w sobie wszystkie niemal zalety środków dawniéj już zalecanych do wstrzykiwań podskórnych na polu terapii kiły, a przewyższa je o tyle, że w stanie świeżym nie sprawia ani dotkliwszego bólu, ani też nacieków, jednak z powodu swéj niestałości nie może liczyć ani na większe rozpowszechnienie, ani też na dłuższe utrzymanie się w dziedzinie lekowania przeciwkiłowego, a to témbardziéj, że w przypadkach nieco tylko cięższych kiły nie wywiera skutku zbawiennego i ustąpić musi pierwszeństwa wcieraniom szaruchy. Wpływ białkanu rtęciowego na odżywianie ustroju i czynności jego fizyjologiczne nie jest wcale szkodliwy, szczególniéj zaś nie tak prędko wywołuje ślinotok, jak wcierania lub wstrzykiwania sublimatowe. W przybliżeniu oznaczony procent recydyw kiły po użyciu wstrzykiwań środkiem omawianym wynosi koło 20%; jednakowoż temu obliczeniu nie mogę z tego powodu przypisać żadnéj wartości umiejętnéj, pomimo troskliwego uwzględnienia protokółów szpitalnych, ponieważ chorzy po opuszczeniu zakładu klinicznego rozpraszali się po kraju niedając znać o sobie lub też leczyli się następowo w innych szpitalach krajowych, a w końcu obliczenia te mogły być oparte tylko na stosunkowo szczupłéj liczbie chorych i w ciągu zbyt krótkiego przeciągu czasu.

2.

Oddawna już umysły chemików i farmakologów zaprzątała myśl, jakie koleje w ustroju przechodzi rtęć i różne jéj przetwory dostające się rozmaitemi drogami w zakres organów asymilujących. Nie jest to mojém obecnie zadaniem rozbierać po kolei przetwory rtęciowe i wykazywać, jakim losom one ulegają dostawszy się do ustroju, lecz ograniczam się tylko do téj treściwéj lecz ważnéj wzmianki, że dzięki rozlicznym badaniom umiejętnym wiemy już obecnie, w jaki przetwór tak rtęć metaliczna przyswajana ustrojowi w postaci szaréj maści, jakoteż kalomel itd. zamienić się muszą, aby rozwinąć mogły działanie zbawienne łącząc się z białkiem ustroju i przechodząc dalsze dotychczas nam bliżéj nieznane koleje. Przetworem tym jest c h l o r e k r t ę c i o w y c z y l i s u b l i m a t; to też badania głównie do tego przetworu się zwróciły. Szczególniejszą baczność zwracano zawsze na własności połączenia się rtęci w postaci sublimatu z białkiem i wiedziano już oddawna, że osad powstający w białku wodą rozcieńczoném, czyli tak zwany białkan rtęciowy rozpuszcza się za świeża z łatwością w soli kuchennéj, jodku potasu i podobnych solach, jakoteż w największéj liczbie kwasów. Bambergerowi więc słusznie należy się zasługa korzystania z téj zalety białkanu rtęciowego i nadania mu odpowiedniego rozgłosu, lecz nie jest on bynajmniéj pierwszym z powag naukowych, któryby chemików pouczył o tych własnościach białka. Rozprawka prof. Malego z Insbruka o zachowaniu się rtęci w ustroju zwierzęcym stanowiąca dodatek do podręcznika Zeissla z r. 1875 (*Lehrbuch der Syphilis von Prof. Dr. Zeissl.* Stuttgart 1875.) poucza nas jeszcze przed wy-

stąpieniem Bambergera w r. 1876, o wspomnianych co dopiero własnościach białkanu rtęciowego, szczególniéj zaś jego rozpuszczalności w różnych środkach chemicznych bardzo jasno i dobitnie. Nie umniejsza to jednak bynajmniéj zasługi znakomitego profesora wiedeńskiego, bo nie wynalazek leżący odłogiem, lecz zwrócenie nań uwagi i skorzystanie należne z jego zalet staje się prawdziwém dobrodziejstwem dla ludzkości. To téż Bamberger nie zadowolił się rozgłosem, jaki nadał tak niestałemu połączeniu, jakim jest białkan rtęciowy w pierwotnéj swéj postaci, lecz starał się ustawicznie o stworzenie takiéj formy dla tego przetworu, w którejby mógł zadowolić zupełnie wymagania praktyków żądających, by przetwór był zawsze czysty i przez dłuższy czas mógł się oprzeć rozkładowi. I tym razem usiłowania jego uwieńczył skutek pożądany. Do stworzenia połączenia nowego nadał się bardzo dobrze pepton czyli białko strawione, na które również Maly we wspomnianéj rozprawie baczną zwrócił uwagę polecając studyja nad połączeniem jego z rtęcią umiejętnym badaniom lekarzy. (str. 419 l. c.)

Dowodem też żywego zajęcia się sprawą samego peptonu, jego własności i téj nader ważnéj roli, jaką odgrywa w gospodarstwie ustrojów zwierzęcych, są nowsze na tém polu prace, szczególniéj zaś nader cenna rozprawa ziomka naszego, Doc. Adamkiewicza, który uważa pepton za część białka strawionego wolną od syntoninu, oddziaływającą obojętnie i nie opadającą z rozczynu w postaci osadu w razie zmiany oddziaływania *(Die Natur u. der Nährwerth des Peptons von* Doc. Dr. Albert Adamkiewicz 1877.).

Pepton jednakowoż, chociaż jest prototypem istoty rozpuszczalnéj, nie tworzącéj osadu i w ogóle cechującéj się reakcyjami ujemnemi tworzy osad z sublimatem, a z pomiędzy wszystkich innych metali tylko z octanem ołowiowym zaprawionym amonijakiem; z białkiem zaś przepuszczonym przez dyjalyzę ma to pokrewieństwo, iż zarówno z nim razem zawiera mniéj fosforanów zwłaszcza ziemnych, niż białko samo. Téj też ostatniéj własności zawdzięcza pepton rtęciowy rozpuszczalny podobnie jak białkan rtęciowy w chlorkach potasowców, iż rozczyn jego nie mąci się ciągle tak, jak rozczyn białkanu rtęciowego, w którym nadmiar fosforanów ziemnych wypadający z rozczynu w postaci kłaczków porywał ze sobą także białkan rtęciowy i przyczyniał się tym sposobem do ustawicznego rozkładu tego niestałego połączenia.

Do utworzenia peptonu rtęciowego brał prof. Bamberger zawsze pepton mięsny wyrobu Szczepana Darby z Londynu (Stephen Darby London: Leadenhall Street 140.) i podał następujące wskazówki, z których ja również korzystałem przysposabiając przetwór ten do doświadczeń klinicznych w pracowni prof. Dra Stopczańskiego. (Pepton sprowadziłem za pośrednictwem pana aptekarza Wiszniewskiego od Darbego dla kliniki naszéj.)

Celem szybkiego zrobienia odpowiedniéj ilości peptonu rtęciowego przygotowuje się naprzód czysty rozczyn sublimatu w stosunku 5 : 100 i rozczyn soli kuchennéj 20% następnie 1 grm. rozpuszcza się w 50 grm. wody destylowanéj i przesącza a następnie dodaje się 20 grm. z powyższego rozczynu 5% sublimatu. Przez to powstaje osad peptonu rtęciowego, do którego rozpuszczenia potrzeba zaledwie kilku gramów mocnego bo 20% rozczynu soli kuchennéj (od 10 — 15 gramów). W końcu dodaje się tyle wody destylowanéj, aby całość wynosiła 100 gramów.

Rp. Peptonis Darby vel Adamkiewicz 1,00
Aq. destil. 50,00
filtra et adde
Sublimati corrosivi in aq. destill. (5 : 100)
soluti 20,00
solve in
Natri chlorati in aq. destill. (20 : 100)
soluti 15.00
Solutioni adde
Aq. destillatae 15.00
M. D. S. Pepton rtęciowy à 1 : 100
do wstrzykiwań podskórnych.

W rozczynie zatem wynoszącym 100 gramów znajduje się 1 grm. sublimatu ($^5/_{100} \times 20 = 1$) czyli w strzykawce Pravaza zawierającéj 1 grm. będzie się znajdowało prawie (0,01) 1 centigram sublimatu połączonego z peptonem, a więc zupełnie odpowiednia ilość do wstrzykiwań podskórnych.

Zazwyczaj rozczyn tak zrobiony mąci się w pierwszych dniach i potrzebuje potém jeszcze raz przesączenia, poczém jest już przetworem stałym nierozkładającym się nawet w ciągu kilku miesięcy, a więc jest zupełnie odpowiednim do użycia w praktyce prywatnéj. O ile mnie moje doświadczenia pouczyły, to nawet tego mącenia się rozczynu w pierwszych dniach po zrobieniu peptonu rtęciowego można unikać, jeżeli się wszystkie rozczyny potrzebne do przyrządzenia powyższego przetworu przesączy poprzednio przez dobrą szwedzką bibułę i gotowy już przetwór jeszcze raz przepuści przez taki sączek. W ten sposób otrzymywałem zawsze preparaty nienagannéj wartości tak pod względem chemicznym, jak i terapeutycznym.

Zamiast 15 grm. dodatkowo dolewanéj wody można również użyć pewnéj części np. 5 — 10 grm. gliceryny, co o tyle działa skutecznie, że zmniejsza bolesność przy wstrzykiwaniach podskórnych tego przetworu, bo nawet i pepton rtęciowy chociaż zupełnie czysty i nie ulegający rozkładowi pod względem bolesności pozostawia wiele do życzenia.

Zajęty badaniami peptonu rtęciowego próbowałem również, czy nie uda mi go się, tak jak białkan rtęciowy, rozpuścić w jodkach potasowców, a więc w jodku potasu, sodu lub litu. Pod tym względem skutek odpowiedział zupełnie moim oczekiwaniom. Kiedy do rozczynu peptonu (1 : 50) dodałem 20 grm. rozczynu 5% sublimatu (czyli 1 grm. sublimatu), a osad w ten sposób powstały chciałem rozpuścić w jodku sodu, biorąc w tym celu rozczyn tak samo jak soli kuchennéj 20%, napotkałem na tę różnicę między temi rozczynami, że podczas gdy soli kuchennéj wystarczyło 10 — 15 grm., to jodku potasowca musiałem wziąść całe 30 grm. czyli znaczny nadmiar ostatniego rozczynnika. Osad biały peptonu rtęciowego zmienił się w zetknięciu z rozczynem jodku sodu lub litu na żółty skutkiem tworzenia się jodku rtęciowego, ze smugami nawet czerwonemi na brzegach z powodu swéj dwupostaciowości *(Dimorphismus)* i powoli dopiero się rozpuszczał w nadmiarze środka dolewanego. W ten sposób otrzymany pepton jodowo-rtęciowy przedstawiał się również tak, jak pepton rtęciowy w postaci płynu zupełnie przeźroczystego z odcieniem żółtawym, którą to barwę przypisać należy tylko rozczynowi peptonu Darbyego *(Fluid meat, a preparation containing the whole constituents of Meat in a liquid form)*. Peptonu jodowo-rtęciowego użyć można tak samo jak zwykłego peptonu rtęciowego do wstrzykiwań podskórnych w tych samych ilościach tj. gramowych na dawkę,

albowiem jednemu gramowi przetworu odpowiada prawie 0,01 sublimatu połączonego z peptonem i jodkiem potasowca.

Co do doświadczeń klinicznych, jakie przedsiębrałem na klinice prof. Rosnera z peptonem rtęciowym i jodo-rtęciowym, to nie obejmują one wprawdzie wiele przypadków, jednakowoż nawet szczupła ilość przypadków leczonych tym sposobem pozwala już na wydanie sądu o tych przetworach rtęciowych, zwłaszcza jeżeli się zwróci uwagę, że od 2 lat przeszło ustawicznie tylko za pomocą różnych preparatów rtęciowych służących do wstrzykiwań podskórnych leczymy przypadki kiły na klinice naszéj; trafnie przeto już po przeprowadzeniu pierwszego szeregu doświadczeń ocenić potrafimy zalety i wady środka nowego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski,**
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Środkami przeciwfermentacyjnemi (przeciwgnilnemi) są: usunięcie jednego z powyższych warunków, albo zniszczenie zaczynów. Tu więc należą: temperatura niższa niż 0, wyższa niż 100 (dla fermentacyi zwykłéj wyższa niż 50° C.), wyskok (przez odciągnięcie wody), mocne kwasy mineralne, kwas arsenawy, chlor, ałun, chroman potasowy, sole metaliczne, tannin, kreozot, kwas karbolowy, kwas salicylowy. To jest mniéj więcéj wszystko, co wiemy o zjawiskach fermentacy zewnątrz ustroju.

Na niedopuszczeniu lub tępieniu zaczynów polega koni serwowanie mięsa w lodzie, jarzyn, mięsa przez gotowanie suszenie, prasowanie, solenie, przez wykluczenie powietrza' zachowanie w hermetycznych puszkach (metoda Aperta), go' towanie z cukrem (odciągnięcie wody), wędzenie (wywiązywanie kreozotu niszczącego zaczyny), zachowanie preparatów anatomicznych w wyskoku, balsamowanie ciał za pomocą kwasu arsenawego itd. Jeżeli jednak chodzi o wytępienie tych grzybków w żywym ustroju, to wszystkie te metody nas zawodzą, ponieważ wszystkie niszczą zarazem życie organiczne; potrzeba w takim razie wyszukać taki środek, któryby niszczył zaczyny nie niszcząc ustroju. Takiego środka, któryby niszcząc komórki zaczynów nie szkodził wcale komórkom ustroju, może niema w rzeczywistości, potrzeba więc zadowolić się takim, który dla ustroju jak najmniéj szkodliwy a takim wydaje się być kwas salicylowy i jego sole w stosownéj dawce wewnętrznie użyte, 5 — 6 gramów na dobę u dorosłych), chinin, kwas karbolowy rozcieńczony (1—5%) zewnętrznie użyty.

IV.

Zdolność krwi żywéj do fermentacyi.

W poprzednim ustępie wyłożyliśmy główne zjawiska fermentacyi zewnątrz ustroju zwierzęcego i przyczyny tychże zjawisk. Zachodzi teraz pytanie, czy mogą pewne zaczyny dostawszy się do ustrojów uorganizowanych, zatém jeszcze żyjących, a przedewszystkiém we krwi krążącéj wywoływać fermentacyję podobną do jednéj z powyżéj opisanych?

Skład krwi jest następujący: W 100 częściach krwi jest 79 wody, 21 stałych części. Między ostatniemi najwięcej należy do istot białkowatych, a te są: białko rozpuszczone w osoczu (plasma), włóknik również rozpuszczony w osoczu i gałczeń *(globulin)* stanowiący główny składnik ciałek krwi. Z gałczeniem połączony jest hematyn zawierający żelazo. Obok istot białkowatych są tłuszcze i mydła. Dalej stałym, ale tylko w małéj ilości znachodzącym się składnikiem krwi jest c u k i e r g r o n o w y. Kwas mlekowy, masłowy i inne lotne kwasy wyjątkowo tylko we krwi się znachodzą.

Prawidłowemi składnikami krwi są jeszcze mocznik, kreatyn, kreatynin, sole mineralne: potas, sód, wapno, magnezyja, żelazo, krzem jako chlorki, siarkany, fosforany, wreszcie gazy we krwi rozpostarte, tlen, dwutlenek węgla i azot.

Z pomiędzy gazów w 100 częciach objętości krwi jest 30 objętości CO_2, 15 objętości O, a 1 — 4 N. O i CO_2 są więcéj chemicznie, N więcéj mechanicznie z krwią połączone.

Ciepłota krwi żywéj wynosi około 37° C. We krwi więc żywéj mamy wszystkie czynniki sprzyjające fermentacyi: obecny jest tlen, obecna jest woda, obecna jest ciepłota fermentacyi jak najwięcéj sprzyjająca, obecne są ciała organiczne, a mianowicie istoty białkowate, nieco cukru, są też i sole alkaliczne. Brakuje więc tylko jedynie zaczynów czyli fermentów, aby we krwi fermentacyja powstać mogła.

Dla fermentacyi wyskokowéj warunki nie są pomyślne, bo we krwi mało się cukru znajduje, ale dla fermentacyi kwaśnéj, lub gnilnéj, lub podobnéj do tychże, warunki są sprzyjające. Skoro więc zaczyn dostanie się do krwi, to znajdzie tam odpowiednie warunki dla swego rozwoju czyli dla wywołania fermentacyi.

Jest rzeczą prawdopodobną, że z pomiędzy tak licznie w powietrzu i kurzu atmosferycznym rozpostartych zaczynów czyli zarodków grzybkowych nie jeden rodzaj zaczynów, ale kilka we krwi żywéj rozwijać się może stanowiąc źródło dla różnych chorób. Byłoby nawet rzeczą dziwną, gdyby te twory chorobowe nie rzucały się na ustrój żywy, skoro tak nas one otaczają, iż w chwili ostatniego tchu życia już rozpoczynają one swe działanie rozkładowe, a wiemy, że w przyrodzie nie masz tak ostro zarysowanych granic, lecz wszędzie są przechodowe formy, więc téż przypuścić nie można, aby twory te z chwilą śmierci organizm nagabujące nie mogły go pod pewnemi warunkami nagabywać i za życia. Nagabują go raz silniéj, raz słabiéj i to w prostym stósunku do własnéj siły rozwojowéj zaczynów, a w odwrotnym stósunku do siły odpornéj ustroju, który nagabnęły (przez którą to siłę odporną rozumieć należy warunki niepomyślne do rozwoju zaczynów w pewnym ustroju).

W ten sposób udowodniliśmy: 1) że w ustroju a mianowicie we krwi są wszystkie warunki sprzyjające fermentacyi,

2) że na całéj powierzchni ciała są tysiące otworów, któremi subtelne zaczyny dostać się mogą do ustroju,

3) że są pewne warunki, które wnikanie zaczynów przez te otwory ułatwiają, skoroby się tylko zaczyny takie na powierzchni skóry znalazły, a warunki te stanowią właśnie istotę przeziębienia (rozgrzanie i wystawienie rozgrzanego ciała na przeciąg zimnego powietrza),

4) że są zboczenia gorączkowe w całym ustroju, które koniecznie za skutek fermentacyi we krwi się odbywającéj uważać należy, a które w pewnych razach powstrzymują środki przeciwfermentacyjne, np. kwas salicylowy, chinin.

W szeregu tych warunków i zjawisk udowodnić mających, że choroby przeziębne polegają na fermentacyi krwi,

brakuje tylko jednego lubo bardzo ważnego ogniwa tj. cudzych zaczynów (tych drożdży przeziębnych), których optycznie udowodnić nie jesteśmy w stanie, zapewnie z powodu nadzwyczajnéj ich drobności. Skoro jednak odbywa się fermentacyja we krwi, (o czém więcéj przy gorączce) i skoro są wszystkie warunki, by zaczyny dostawały się do krwi, tedy loika zmusza nas do twierdzenia, że i same zaczyny istnieć muszą, jakkolwiek w przeważnéj liczbie chorób zakażnych nie zostały dotychczas wykryte. Są już jednak i takie choroby, w których zaczyny wykazanemi zostały.

V.

Choroby, w których zaczyny roślinne zostały udowodnione, tudzież te, w których z największém prawdopodobieństwem przypuszczać je należy.

Abyśmy potrafili zdać sobie sprawę, jakie stanowisko mają zająć choroby przeziębne w rzędzie chorób zaczynowych czyli fermentacyjnych lub grzybkowych, podzielić musimy choroby fermentacyjne na pewne grona.

Objąć by je można wspólnėm mianem chorób zakażnych, gdyż we wszystkich zaczyny zakażają krew, (niektóre tylko z nich zakażają skórę lub ranę).

Policzymy do nich:

I. Choroby chirurgiczne.

1) Każda rana, do któréj ma przystęp powietrze nieodrażone.

2) Ropnica, gorączka połogowa, gnilnica i posocznica (*pyaemia, febris puerperalis, septihaemia, ichoraemia).*

3) Róża *(erysipelas).*

4) Ostre zapalenie pęcherza moczowego *(cystitis).*

II. Choroby miasmatyczne*).

5) Zimnica.

5) Gorączka powrotna *(typhus recurrens).*

III. Choroby zaraźliwe *(morbi contagiosi)* w ściślejszém znaczeniu.

a) Szerzące zarazę zdala czyli nagminne.

7) Wąglik *(Milzbrand).*

8) Nosacizna (*Malleus humidus et farciminosus)*

9) Odra *(Morbilli).*

10) Płonica *(scarlatina).*

11) Ospa *(variola).*

12) Dur wysypkowy *(typhus exant.).*

b) Zarażające tylko przez bezpośrednie zetknięcie

13) Wiewiór (*blennorrhoea).*

14) Kiła *(syphilis).*

IV. Choroby miasmatyczno-zaraźliwe *(morbi miasmatico-contagiosi).*

15) Błonica *(diphtheritis).*

16) Czerwonka *(dysenteria).*

17) Dur brzuszny.

18) Cholera.

19) Dżuma.

20) Zapalenie błon mózgowych nagminne *(meningitis cerebrospinalis epidemica).*

V. Choroby zaziębne *(Erkältungs-Krankheiten).*

21) Gościec w przeróżnych odmianach *(polyarthritis, pericarditis, endocarditis, peritonitis, nephritis, cystitis rheumatica, kephalalgia rh., lumbago).*

22) Zapalenie migdalków i gardła, stopniujące się od nieżytowych aż do difterytycznych *(angina catarrhalis, crouposa, diphtheritica)* i zapalenia gruczołów przyusznych *(mumps).*

23) Krztusiec *(tussis convulsiva).*

24) Nieżyty nosa, krtani i oskrzelowe, niektóre nieżyty żołądka i jelit (*catarrhus nasi, laryngitis, bronchitis, gastritis, enteritis).*

25) Zapalenie płuc *(pneumonia).*

VI. Choroby skóry.

26) Strupień woszczynowy *(favus)* wywołany przez achorion Schoenleini.

27) Łuszcz pstry *(Pityriaris versicolor)* wywołany przez *Microsporon furfur* (Hebra-Kaposi str. 661. Tom II)

28) Liszaj wyłyszający *(herpes tondens)* przez *Trichophyton tonsurans.*

29) Figówka (*Sycosis parasitaire)* i

30) Wyprysk ograniczony *(eczema marginatum)* przez podobne grzybki do trichophyton wywołany.

I. Choroby chirurgiczne.

I) Rany.

Że w każdém powietrzu atmosferycznėm są zaczyny chorobowe, które na rany niepomyślnie działają, nikt nie będzie powątpiewał, kto się przekonał o pomyślnych wynikach opatrywania ran przeciwgnilnego czyli Listrowego.

Nie ulega wątpliwości, że rany świeże nawet bardzo wielkie, np. rany amputacyjne pod temi przyrządami bez powikłań i daleko prędzéj się goją, niż przy otwartém leczeniu ale co najwięcéj uderza, że nie wytwarza się pod niemi wcale, albo tylko w małéj ilości zwyczajna ropa, wydziela się natomiast skąpa ilość surowicy mętnéj, rzadkiéj, szarawéj lub czerwonawéj. Rany w ten sposób opatrzone goją się czasem bez gorączki, a jeśli towarzyszy im gorączka, to nie wywołuje ona ani osłabienia ogólnego, ani zajęcia umysłu, przywidywań, apatyi, braku łaknienia, słowem nie wywołuje przypadów otrucia ogólnego, jakie wywołuje zwyczajna gorączka przyranna. Volkmann nazywa tę jakkolwiek dość wysoką (39° — 40° C.) mimoto złagodzoną formę gorączki, gorączką bezgnilną czyli aseptyczną. Podobny przebieg miewa gorączka przy złamaniach kości podskórnych, z tego wnoszą Volkmann i Genzmer, że gorączka gnilna powstaje tam, gdzie zapalno- i gorączkorodne twory, zaś bezgnilna gdzie tylko te ostatnie do obiegu krwi się dostały. *(Sammlung klin. Vortraege 121.* Przegląd Lek. 1878. Nr. 3.)

Ponieważ pomiędzy ranami otwartemi a ranami sposobem Listra opatrywanemi ta zachodzi różnica, że do pierwszych ma wolny przystęp powietrze napełnione różnemi zaczynami, do drugich ma wprawdzie powietrze przystęp, ale tylko oczyszczone z zaczynów za pomocą kwasu karbolowego lub salicylowego i przystęp bardzo ograniczony licznemi warstwami antiseptycznemi, więc w pierwszych odbywa się fermentacyja w sposób niczém nie tamowany, w drugich fermentacyja odbywać się nie może, bo zaczyny nie mają przystępu.

Wynikiem fermentacyi przy ranach otwartych zdaje się być wytwarzanie się ropy w obfitéj ilości. Czy cała ilość

---

*) Odkąd przez wyraz miasma nie należy nam rozumieć gazu, powietrza pewnego, lecz pewne zaczyny, grzybki, odtąd wyraz „zaduch" nie zdaje nam się właściwym na oddanie łacińskiego miasma.

ropy wytwarza się we krwi w postaci ciałek białych i w ranie wypaca w sposób przez Cohnheima podany, lub czy część nie wytwarza się w samej ranie, nie ośmieliłbym się rozstrzygać.

Mała ilość wydzieliny przy ranach po Listrowsku opatrywanych odpowiadałaby zupełnie pojęciu zapalenia przez Cohnheima podanego, zwłaszcza, że czerwonawe zabarwienie wydzieliny pochodzi od przymięszanych ciałek krwi, które C. stale przy swych doświadczeniach na zwierzętach przez ściany naczyń przenikające w małej ilości widział.

Widoczną mamy tu analogiję z chorobami przeziębnemi. Jak kwas karbolowy i salicylowy w gośćcu przerywa gorączkę, niedopuszcza wytwarzania się wypocin w stawach, w ogóle przerywa choroby przeziębne niszcząc zaczyny, które się do krwi za pośrednictwem gruczołów potnych dostały, podobnie te same środki nie dopuszczają fermentacyi w ranie, niedopuszczają zaczynów do krwi, niedopuszczają wytwarzania się gorączki przyrannej (lub gnilnej), niedopuszczają wytwarzania się właściwej ropy.

A choć niektórzy badacze wykazali i w wydzielinie pod przyrządem Listra prątki *(bacteria)*, to może być różnie tłumaczonem, bo mogły być opatrunki niedokładnie założone, a mogą też różne prątki lub różne ich odmiany być przyczyną zakażenia ran, a właśnie te rodzaje może są szkodliwe, które środki przeciwgnilne usuwają, mniej szkodliwe te, które się znalazły pod oprawą Listera mimo warstw przeciwgnilnych.

2) Ropnica, gorączka połogowa, gnilnica i posocznica

są najwybitniejszemi formami fermentacyi gnilnej za życia we krwi istniejącej a powstałej w skutek dostania się zaczynów gnilnych z powietrza do rany, z rany do krwi. Prątki we krwi ludzi z gnilnicy zmarłych znalazł prócz innych Klebs w Pradze. Zaraźliwość takiej krwi każdemu jest znana, a niejeden anatom padł jej ofiarą. Szczególniej pouczającą jest gorączka połogowa, która jest zupełnie taką samą skazą krwi jak ropnica lub gnilnica, tylko powstałą w skutek zakażenia zranionych części rodnych u rodzących lub położnic. Najznakomitsi położnicy, np. Schroeder w Berlinie, utrzymują, że zapalenie otrzewny i w ogóle gnilnica dlatego tylko tak często u położnic się wydarza, że tkanka łączna obficie wewnętrzne narzędzia płciowe otaczająca jest gruntem, na którym zapalenie od zakażonej rany szybko się szerzy *(phlegmone)* przenosząc jad zakaźny do sąsiednich tkanin, do otrzewny, do krwi, a także z rozpadających się resztek łożyska może zaczyn gnilny dostać się do jamy otrzewny, do krwi. W ten sposób więc powstaje *colpitis, oedema labiorum, phlegmone femorum et natum, endometritis, metritis, parametritis, pelveoperimetritis, oophoritis, peritonitis universalis, septihaemia)*. (Ostatnia gdy przeważają przypady ostrego zakażenia krwi bez znacznej lokalizacyi.)

W odchodach połogowych znajdują zaczyny gnilne doskonały grunt do bujnego rozwoju, zkąd przez wiotką tkankę łączną dalej zgubny wpływ szerzą. Dlatego tak ważną rzeczą w położnictwie jest chronienie położnicy od wszelkiego rodzaju zaczynów, dlatego w szpitalach powstają tak często epidemije gorączki połogowej, stosunkowo rzadko w prywatnej praktyce się wydarzające.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Moleschott w Turynie; Prof. Zeissl w Wiedniu: **O działaniu terapeutycznem jodoformu.**

Dr. Mraček w Wiedniu: **O chorobach kiłowych leczonych jodoformem.** Sprawozdanie Dra Ferd. Obtułowicza.

W rzędzie leków, które w ostatnich czasach powszechną na siebie zwróciły uwagę, i z których użycia rokowano sobie nader pomyślne wyniki na polu terapii, należy się jodoformowi jedno z miejsc wcale niepoślednich. To też skwapliwie rzucono się do użycia jego szczególniej w chorobach wenerycznych, w których protoplasta nowego leku, tj. jod i jego przetwory tak zaszczytne zdobyły sobie uznanie, stosując go już to zewnętrznie celem opatrywania rozmaitych wrzodów, już też podając go wewnętrznie w pigułkach w cierpieniach kiłowych. Chociaż zdaniem mojem dzielność terapeutyczna jodoformu jest przez wielu autorów, szczególniej zaś przez Moleschotta, przesadzoną, mimo to jednak wyniki lecznicze szczególniej w dziedzinie helkologii słusznie zwróciły uwagę na ten lek nowy i zachęciły do umiejętnych badań, z których pokrótce sprawę zdać zamierzam. Jedna jednakowoż własność leku tego nie powinna żadną miarą zasługiwać na pobieżną tylko wzmiankę, a tą jest nadzwyczaj przykra i długo utrzymująca się woń jodoformu, która bez wątpienia w wielu razach odstręczać musi od używania tego leku, chyba, żeby tę stronę ujemną zrównoważyły wszędzie tak cenne, a nieraz prawie cudowne wyniki terapeutyczne nowego tego środka, jakie głosi Moleschott w swym liście pisanym do prof. Binza w Bonn. Zdaniem słynnego profesora turyńskiego działanie jodoformu przeciw obrzękom gruczołów jest niezrównanem; kilkakrotnie w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy ustępowały obrzęki gruczołów limfatycznych, które poprzednio przez lata całe opierały się działaniu przetworów jodowych, rtęciowych i najrozmaitszych innych środków. M. zalecał 1 cz. jodoformu na 15 cz. collodium elasticum lub maści do nacierania zewnętrznego dwa razy dziennie. W jednym przypadku „Leucaemia lienalis,“ gdzie stosunek ciałek białych do czerwonych zamiast 1:357 wynosił 1:50 oddało użycie jodoformu niezwykłe usługi, pędzlowania bowiem tym lekiem dokonywane w okolicy śledziony trzymało na wodzy obrzmiewanie jej powtarzające się w parę tygodni, a dobre odżywianie zastępowało żelazo i chinin, których to leków chora wcale znosić nie mogła.

Jodoform zadawany wewnętrznie w ilości 0,05—5,08 na dobę u osób kiłą dotkniętych przyczyniał się do zmniejszania gruczołów powiększonych i stwardniałych; niezrównaną jednak ma być własność jodoformu pod względem sprowadzania wessania wysięków różnego rodzaju. Wysięki opłucnowe, osierdziowe, nadto do jamy otrzewnej, a nawet pod błoną pajęczą mózgu ustępowały przy pędzlowaniach jodoformu z collodium. Między 5 przypadkami ostrego obrzęku mózgu *(hydrocephalus acutus)* u dzieci w trzech przypadkach nastąpiło po użyciu jodoformu zupełne wyleczenie, a z pomiędzy tych trzech dwa przypadki były rozpaczliwe. Autor każe 3—4 r. dziennie pędzlować jodoformem z kleiną lub wcierać maść z tego leku w kark, wyrostki sutkowe kości skroniowych, w czoło i skronie. Obok tego dzieci otrzymywały kalomel w małych dawkach i enemy. W obec tak pomyślnych wyników terapeutycznych jodoformu poczyna M. wierzyć w uleczalność zapalenia mózgu na tle grużliczem (!). Również

znakomite usługi oddał jodoform w zapaleniach chronicznych stawów, a mianowicie raz w zapaleniu kolana lewego u dziewięcioletniéj dziewczynki nader nędznie odżywionéj, któréj obok pędzlowania jodoformu z collodium podawano wewnętrznie pigułki Blancarda (jod z żelazem); drugim razem zaś w zapaleniu stawu skokowego lewego u 15-letniego syna wyrobnika, którego już lekarze skazali na utratę nogi. Pędzlowanie jodoformem z collodium, przestrzykiwanie zatok ropiejących rumiankiem, a późniéj rozczynem azotanu srebrowego (0·2—1%) obok jodu z żelazem podawanego wewnętrznie sprowadziły zupełne wyleczenie w ciągu roku tak, że pozostała tylko nieznaczna sztywność w stawie nogi tym sposobem uratowanéj.

Obok tych niepospolitych zalet posiada jodoform jeszcze jedną własność nader cenną, tj. potrafi bardzo skutecznie ból ukoić, skutkiem czego nadaje się bardzo do użycia w bolesnych napadach podagry, które usuwa lub bardzo łagodzi w ciągu 24 godzin po zapędzlowaniu. Podobnież koi bóle w różnych rwach nerwowych *(Neuralgia intercostalis, Ischias, Cardialgia)*, za to jednak nie okazuje się bardzo skutecznym w cierpieniach gośćcowych, szczególniéj zaś w gośćcu ostrym. Tegoż samego zdania na podstawie spostrzeżeń klinicznych jest prof. Zeissl, który od r. 1872 z korzyścią używał jodoformu szczególniéj przeciw newralgijom zwykłym lub zawdzięczającym kile swe powstanie, podczas gdy w tych samych przypadkach morfin, bromek i jodek potasu wytrwale używane nie zdołały zażegnać bólów nieznośnych. Zeissl zadawał jodoform w proszkach (Pulver. jodoform. 1,50 Sacchari albi 3,00 Divid. in dos. viginti S. Rano, w południe i wieczór po 1 proszku).

Co do użycia zewnętrznego jodoformu, szczególniéj zaś przeciw różnego rodzaju owrzodzeniom, zwłaszcza zaś wenerycznym, to doświadczenia pod tym względem są liczne i mnożą się niemal z dniem każdym. Jeszcze w r. 1873 zdał Zeissl pokrótce sprawę o własnych w tym względzie doświadczeniach, pisząc w Nr. 46 *Wien. mediz. Wochenschr.*: „Jodoform czyli t. zw. trójjodek formilu jest proszkiem żółtym szerzącym z powodu swéj lotności woń przykrą dookoła. Ze skutkiem nader pomyślnym używać go można w postaci posypki w przypadkach owrzodzeń kiłowych gnilnych, gdyż przyspiesza zabliźnienie; podobnyż skutek wywiera w dymienicach owrzodziałych.“ Obecnie zaś dodaje jeszcze następujące pod tym ostatnim względem uwagi: „Jodoform z korzyścią użyć można przeciw dymienicom zropiałym, ale tylko przez dni kilka; w pierwszych bowiem dniach użycia zewnętrznego jodoformu czyszczą się szybko dymienice owrzodziałe, wkrótce jednak potém nie widać postępu w gojeniu się tak, że należy przejść do innych środków.“ Spostrzeżenia te Zeissla zasługują na baczną uwagę, a o ile mnie kliniczne spostrzeżenia w kilku podobnych przypadkach pouczyć mogły, muszę się w zupełności zgodzić na powyższe orzeczenie wspomnianego autora, i w takich właśnie przypadkach po użyciu jodoformu częstokroć z prof. Rosnerem byliśmy zmuszeni do użycia dawnego, ale bardzo skutecznego środka tj. siarkanu miedziowego (1:3), który również przewyższa jodoform przy opatrywaniu wrzodów miękkich, a chociaż sprawia ból znacznie większy, jednakowoż jest bezwonny i nie zdradza pacyjenta, podczas gdy woń jodoformu jest nader przykrą i długo się utrzymuje, co również Zeissl w zupełności potwierdza. Moleschott także nie może milczeniem pominąć téj ujemnéj strony cudownego środka, jakim niemal zdaniem jego jest jodoform, a woń ta daje się jeszcze bardziéj uczuć, kiedy jodoform jest pomięszany z collodium, aniżeli wtenczas, gdy go się rozetrze z maścią. Przy użyciu wewnętrzném w postaci pigułek (z Extr. Quassiae lub Gentianae 0,15—0,20 pro die. Zeissl.) następuje również przykre odbijanie. Przy użyciu zewnętrzném jodoformu radzi Moleschott naczynie z lekiem tym chować w puszce blaszanéj, a miejsca zapędzlowane jodoformem przykryć cienkim listkiem gutaperki. Jeżeli przypadek nie jest zbyt ciężkim, należy tylko raz wieczorem nasmarować miejsce chorobowo zajęte maścią jodoformową, a rano zmyć je mydłem, przez co woń przenikliwa tego leku zostaje prawie zupełnie usuniętą.

Drugą stronę ujemną jodoformu stanowi własność jego, że niekiedy sprowadza bicie serca. Jednakowoż w jednym przypadku niedomykalności zastawki dwukończystéj u kobiety sprowadziła ta właśnie strona ujemna jodoformu wynik bardzo pożądany, wzmocniła bowiem energiję serca i uregulowała jego ruchy już po dwudniowém jego użyciu w pigułkach (0,07 dziennie).

Prof. Sigmund w rozprawie swéj o „kile nabytéj w wieku późniejszym,“ *(Wiener mediz. Wochenschr.* Nr. 27), w kilku słowach czyni zaszczytną wzmiankę o jodoformie przyznając mu skuteczność, któréj jednak na zawadzie stoi woń przykra i przenikliwa. Używa go albo w postaci maści (1:3 tłuszczu), albo jako posypkę (1:2 cukru), lub też wreszcie w rozczynie (1:20 gliceryny i 40 wyskoku). Jego asystent Mraček zestawia pokrótce w tymże samym zeszycie wiedeńskiego czasopisma wyniki z użycia zewn. jodoformu w 128 przypadkach chorobowych (*Ulcus diphtheriticum contagiosum, sclerosis, adenitis inguinal., rhagades ad anum, gumma*). Formy użycia jodoformu były następujące:

a) Jodoformi puri, Spiritus vini conc. aa 1,00, Glycerini 5,00.

b) Jodoformi puri, Sacchari albi 3—4.

c) Jodoformi puri 1,00, ungt vaselini 5,00.

d) Jodoform. collodium 1:16 i 1:15.

Przetwory w postaci płynnéj nadają się szczególniéj w dymienicach zropiałych zatokowatych, podczas gdy jodoform w postaci proszku dobrze się trzyma na wrzodach powierzchownych. Po zastósowaniu odpowiedniém leku należy przykryć owrzodzenie skubanką lub watą i przytwierdzić ten opatrunek plastrem. Opatrunek zmienia po 12—24 godzinach. Prócz pieczenia trwającego przez 3—4 minut nie sprawia lek ten bólu znaczniejszego; wessanie następuje prędko, a już po 1—2 dniach owrzodzenie czyści się, po 3—4 dniach bujają ładne granulacyje, a w 4—6 dniach rozpoczyna się zabliźnienie. Środek ten również odwania rany i nie zanieczyszcza trwale bielizny.

W doświadczeniach przedsiębranych w klinice prof. Rosnera pokrywaliśmy owrzodzenia zasypane czystym proszkiem jodoformu cieniutką ceratką *(Protectiv-silk)*, a następnie przytwierdzaliśmy ją plastrem zwyczajnym lub angielskim. Wprawdzie szereg doświadczeń przedsiębranych nie był zbyt liczny, jednakowoż wnioski, jakie z użycia dotychczasowego wyprowadzić można było, nie wypadły tak świetnie dla jodoformu, aby go można postawić po nad wszystkie inne przetwory dotąd używane, bezwonne i nierównie tańsze. Jedynie z niezaprzeczoną korzyścią używałem go kilkakrotnie w praktyce prywatnéj przeciw owrzodzeniom difterytycznym, które opierały się użyciu wszelkich innych środków boleśniejszych od jodoformu.

Wyjaśnienie działania terapeutycznego jodoformu opiera się na téj ważnéj własności jego, że lek ten nadzwyczaj łat-

wo się rozkłada wydzielając jod, który znajduje się in *statu nascenti*, może wywierać działanie nadzwyczaj energiczne. Ztąd też rozczyny wyskokowe, eteryczne, olejne jodoformu, kleina i maść jodoformowe łatwo przybierają kolor brunatny skutkiem rozkładu. Jodoform następnie łatwo i szybko dostaje się do obiegu ogólnego w ustroju i przechodzi do moczu, lecz przez czas dłuższy jeszcze zatrzymuje się w ustroju. Dr. Siegen połknąwszy naraz 0,20 jodoformu wykrył go już w 1½ godziny po zażyciu w moczu za pomocą kwasu azotowego i kleiku skrobi. Maître wykrył go w ślinie i moczu również w dwie godziny po zażyciu (0,30—0,40), a dopiero w 3 dni skończyło się wydzielanie jego z moczem. Po zażyciu jodku potasu pojawia się jod prędzéj jeszcze w moczu, ale też prędzéj także znika. Mulder wykrył go w 1 przypadku „prolapsus vesicae" już po 5 minutach, ale po 32 godzinach mocz już nie zawierał jodu.

Również po zewnętrznêm użyciu jodoformu pokazuje się jod w moczu. Po wtarciu maści z 0,20 jodoformu pojawił się jod w moczu po 25 godzinach. W 6tym dniu jod z moczu zniknął. O ile z co dopiero przytoczonych prac i rozpraw wynika, należy się jodoformowi jedno z miejsc wcale niepoślednich w skarbie leków nowszych, lecz dalsze badania dopiero bliżéj jeszcze określą wskazania jego użycia i ocenią wartość jego terapeutyczną, która prawdopodobnie nie dosięgnie nigdy tego stopnia cudowności, jaką obecnie niektórzy autorowie chcą otoczyć lek zachwalany.

W. E. Green: **Przypadek przetoki wątrobo-oskrzelowéj** *(fistula hepatico-bronchialis)*.

Green opisuje rzadki przypadek chorobowy, który dla wybitności przypadów prawie nieomylnie można uważać jako przypadek przetoki wątrobowo-oskrzelowéj. Dotyczy on kobiety lat 63 liczącéj, która przez przeciąg kilku lat przed wystąpieniem cierpienia w mowie będącego ulegała częstym napadom kolki wątrobowéj. Cierpienie to poczęło się ogólnêm osłabieniem i silnemi bólami poniżéj prawéj łopatki w okolicy żebra 6go od tyłu; lekki kaszel z plwocinami śluzowo-ropnemi, skąpemi, czasem z domieszką drobnych skrzepów krwi. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno 76. Dokładne badanie fizyczne nie wykazało nic nieprawidłowego. W kilka dni potém zastał G. chorą w położeniu siedzącém na łóżku, kaszlącą ustawicznie, przyczém wyrzucała raz po raz pełne łyki cieczy rzadkiéj, pienistéj, brudno-zielonawéj, do żółci podobnéj. Ciecz ta badana chemicznie okazała się jako żółć prawie czysta z lekką domieszką śluzu i ropy. Kaszel ten trwał bez przestanku kilka godzin, wywołując znaczne osłabienie. Tętno 108. Temp. prawidłowa. Przy badaniu fizycznêm odgłos wypukowy klatki piersiowéj jawny, na dwa cale powyżéj dolnéj tylnéj granicy płuca prawego stłumiony. Przy osłuchiwaniu prawéj strony klatki piersiowéj słyszalne rzężenia grubo-bańkowe. Stłumienie wątroby nieco rozleglejsze. Mocz prawidłowy. Wielki brak łaknienia. Stan taki trwał przez 3 tygodnie. Gwałtowny kaszel połączony z wyrzucaniem żółci przeciągał się czasem przez 24 godzin bez przerwy. Ilość żółci wykaszlanéj wynosiła niekiedy do 3000 gram. na dobę. Tętno dość częste, lecz nigdy znaczniejszego podniesienia ciepłoty. Po upływie 3ch tygodni kaszel tylko okresowo się pojawiał; plwociny zawierały mniéj żółci, za to więcéj ropy i śluzu. Stan ogólny polepszał się stopniowo, aż po upływie 3ch miesięcy kaszel ustąpił w zupełności a chora wzmógłszy się na siłach wyszła z pod opieki lekarskiéj.

Green opierając się na obecności kolki wątrobowéj poprzedzającéj na lat kilka wystąpienie właściwego cierpienia sądzi, iż prawdopodobnie kamień żółciowy zatykający jeden z większych przewodów żółciowych wywoławszy zastoinę żółciową po za miejscem zatkania doprowadził do wytworzenia ropnia w wątrobie, który po uprzedniém zapaleniu zlepném torebki wątrobowéj z dolną powierzchnią przepony i opłucnéj płuca prawego z górną powierzchnią tejże przebił się do płuca prawego.

Uwaga sprawozdawcy: Przypadki przetoki wątrobowo-oskrzelowéj są nader rzadkie. Najczęściéj stosunkowo wydarzają się po przebiciu torbieli lub ropni wieńco-główkowych *(echinococcus)*, czemu sprzyja zwykle umiejscowienie tychże w tylnéj górnej części wątroby najbliższéj przeponie. Do powstania przetoki potrzeba jednakowoż warunków szczególniejszych, mianowicie zlepienia dokładnego przepony z opłucną dolnéj części płuca prawego obok równoczesnego zlepienia tejże z torebką wątrobową. Częściéj się przebija ropień po wieńcoglówce bezpośrednio do jamy opłucnowéj, wywołując śmiertelne zapalenie opłucnéj. O wieńcoglówce jednak nie można myśleć w przypadku Greena, gdyż badanie drobnowidowe nie wykazało w plwocinach obecności haczyków wieńcogłówkowych, które przynajmniéj w początkach cierpienia, gdzie plwociny prawie wyłącznie z żółci się składały bez domieszki ropy, powinnyby były być dostrzeżone.

Drugą możebnością w niniejszym przypadku najprawdopodobniejszą jest przypuszczenie śluzoropotoku przewodów żółciowych *(blennorrhoea ductuum biliferorum)* skutkiem niedrożności jednego z większych przewodów żółciowych, z następowém rozszerzeniem tychże. Temu odpowiada obecność kolki wątrobowéj poprzedzającéj cierpienie tudzież jakość plwocin. Pozostaje do wytłumaczenia jeszcze jeden objaw, mianowicie okoliczność, że wyrzucanie żółci, zrazu bez przerwy występujące skutkiem siły wysysającéj płuca bez przerwy czynnéj w dalszym przebiegu występowało tylko okresowo, gdy przecież żółć ustawicznie się wytwarzając bez przerwy wylewała się do przewodów żółciowych. Prawdopodobném tu jest, że wytworzyła się w przebiegu cierpienia jama w płucu, która potrzebując pewnego przeciągu czasu do zupełnego wypełnienia żółcią na podobieństwo jam płuca rozstrzeniowych *(bronchiectasis)* dopiero po zupełném wypełnieniu wyrzucała treść swoją. *(The Lancet, July 6. 1878).*

Dr. Stanisław Ponikło.

C. Langenbuch (Berlin): **Przyczynek do wiadomości o otruciu karbolowém.**

Autor biorąc udział w rozprawach ostatniego tj. siódmego kongresu chirurgów niemieckich przekonał się z odbytéj tylko pobieżnie (dla braku czasu) dyskusyi nad wykładem Küstera „o otruciu karbolowém," że bardzo wielu członków kongresu oświadczyło się przeciw wywodom Küstera, pociągającego kw. karbolowy miejscowo użyty do odpowiedzialności za złe następstwa w stanie ogólnym. L. liczy się do zwolenników Küstera i niemógłszy na miejscu poprzeć go swém doświadczeniem czyni to pisemnie.

Jakkolwiek zgodzić się musimy na zdanie autora, że przy zakładaniu opatrunku antiseptycznego dzieje się jak w każdym technicyzmie, tj. że najprzód przebywa się czas nauki (terminatorski), w którym zazwyczaj się błądzi niedokładnością, poczém przychodzi drugi okres, w którym się błądzi przesadą, dopóki się nie przyjdzie do właściwéj miary;

to z drugiéj strony trudno zgodzić się na twierdzenie, żeby w drugim okresie musiała koniecznie przesada dojść aż do tego stopnia, aby doświadczać otrucia u chorych. Że L. takie smutne zrobił doświadczenia nie wina w tém, zdaniem naszem, jego własnéj przesady lecz sposobu jakiego używał. Doznawszy bowiem w pierwszych początkach po kilkakroć zawodu po użyciu czysto Listrowéj oprawy, przerzucił się do innéj z techniką o wiele łatwiejszą a mianowicie do tak zwanego sposobu przeciwgnilnego wilgotnego *(der nasse Carbol-Juteverband von Bardeleben)*. Sam Lister i wielu jego naśladowców, do których i sprawozdawca się zalicza, nie mieli jeszcze powodu odstępować od pierwotnéj metody, ale téż i nie uskarżają się na otrucie karbolowe. Że ono nastąpić może, nikt nie wątpi a najmniéj każdy, kto tylko kilkakroć operował dłużéj we mgle karbolowéj; brak humoru i łaknienia, senność i znużenie, osłabienie, drapanie w gardle trwają po takiéj operacyi przez kilka godzin.

Ponieważ jednak przypadki Langenbucha są bardzo pouczające, przeto przystępuję do podania krótkiéj z nich treści: 1) resekcyja kolana u 10-letniego chłopca, opatrunek z juty karbolizowanéj wilgotnéj z częstém polewaniem kw. karbolowego dla utrzymania wilgoci. Wieczorem zapad z obniżeniem ciepłoty do 34° C. 2) otwarcie ropnia do około stawu biodrowego *(coxitis)* u dziewczynki 5-letniéj z opatrunkiem jak poprzedni, wieczorem zapad, wymioty, obniżenie ciepłoty, co zmusiło asystenta do zmiany opatrunku karbolo-jutowego na salicylowy. Polepszenie; gdy jednak w ciągu następnego dnia powrócono do dawniejszego opatrunku, zapadło wieczorem dziecko tak znacznie, iż już rana nie doczekało. 3) Po wycięciu słoniowacizny na podudziu i operacyi plastycznéj pociągającéj za sobą naprężenie skóry wystąpiły objawy otrucia przy opatrunku jutowo-karbolowym, ustąpiły zaś gdy szwy puściły a skóra powróciła do dawniejszego prawidłowego naprężenia. Ztąd téż wnosi L. że w szkodliwém działaniu karbolu nie pośredniczy rana chroniona nadto protektiwą, lecz skóra a przedewszystkiém jéj gruczoły potne; dlatego radzi nie bardzo silnie nacierać szczotką skórę przed operacyją, a celem ochronienia jéj pokrywać cienkim papierem gutaperkowym. *(Berl. klin. Woch.* 1878, Nr. 28.) *A. O.*

Kraussold (w Frankfurcie n. M.): **O sposobie przerwania ropnicy drogą operacyjną.**

Autor wiedząc z doświadczenia, że amputacyja tylko w bardzo rzadkich przypadkach może powstrzymać już raz rozwiniętą ropnicę (dreszcze, zakrzep i zapalenie żyły), a z drugiéj strony mając już przykład na angielskim chirurgu Lee (1865), który w jednym przypadku ropnicy podwiązał był żyłę głowową, uskutecznił tę operacyję na żyle udowéj z dobrym skutkiem. Przypadek był następujący: 29-letni flisak doznał złamania obu kości podudzia, które się wprawdzie zrosły, lecz obrzmienie, które zaraz w początku powstało, nie tylko że nie ustąpiło, lecz nadto stało się twardém, wrzecionowatém, miejscami jakby kostném. K. rozpoznał „cystosarkoma“ i wykonał amputacyję w dolnéj trzeciéj uda z wszelkiemi ostrożnościami oprawy przeciwgnilnéj. Gdy jednak trzeciego dnia pojawił się znaczny krwotok, który wymagał otwarcia rany i powtórnego podwiązania tętnicy udowéj, gdy nadto krwotok ten jeszcze po dwakroć się powtórzył, pozostawiono ranę bez opatrunku *(offene Wundbehandlung)*, poczém zaraz na drugi dzień pojawił się dreszcz przez ćwierć godziny trwający. Wkrótce po nim odsłonił K. żyłę udową w ranie a przekonawszy się, że w niéj jest zakrzep kilka cali długi, że jéj ściany są zmętniałe a nadto, że wydobywał się z niéj płyn brudno-szarawy, nabył pewności, że ma do czynienia z ropnicą na podstawie rozpadającego się zakrzepu i zapalenia żyły. W téj chwili téż uśpił chorego, odsłonił naczynia udowe w pachwinie i wyciął kilka centimetrów żyły udowéj po podwójném tejże podwiązaniu. Zakrzepu tu jeszcze nie było a ściany były zdrowe. Przy téj sposobności podwiązał także i tętnicę udową. Oprawa rany przeciwgnilna. Pacyjent wyzdrowiał. Gorączka spadła natychmiast. *(Langenbecks Archiv* Bd. XXII. 4). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XIII. z dnia 3go lipca 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 14.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Domański mówił o przyrządzie Spamera: Każda metoda terapeutyczna nawet najskuteczniejsza dopiero wtedy nabywa znaczenia rzeczywiście praktycznego, gdy przełamie się nieodłączne w początkach trudności techniczne w jéj zastósowaniu. Tak samo i prąd galwaniczny dopiero wtedy nabrał wagi ogólnéj, gdy wynaleziono przyrządy stosunkowo nie tylko nie drogie, ale zarazem dające na zawołanie ten środek leczniczy.

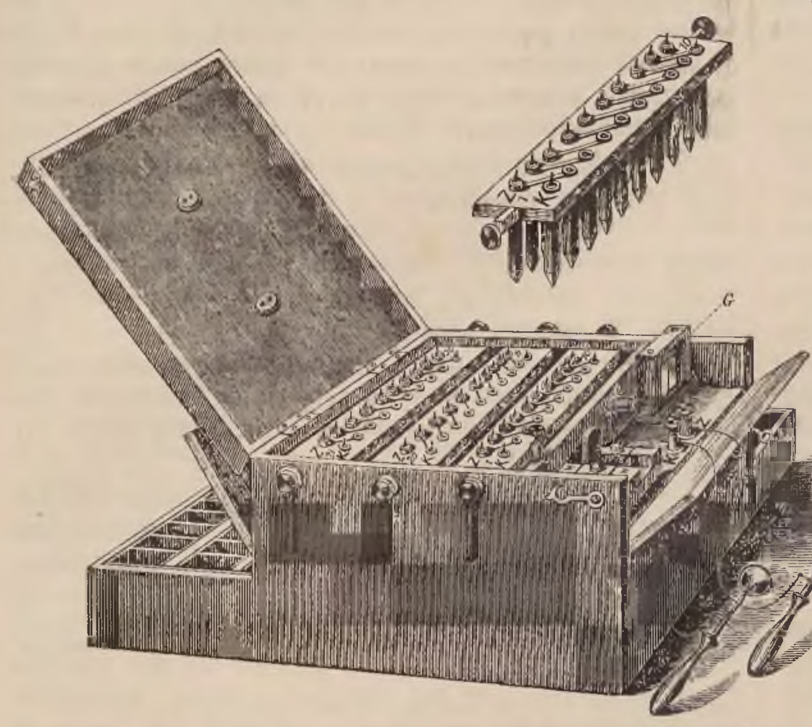
Trudność używania ciężkich i dużych przyrządów w praktyce osobliwie prywatnéj wtedy, gdy chorzy sami nie mogą się udawać do lekarza, skłoniła do poszukiwań, czyby nie można do prądu galwanicznego zbudować przyrządów z jednéj strony łatwo przenośnych, z drugiéj posiadających wszystkie przymioty, by każdéj chwili można z nich otrzymywać prąd dostatecznie silny i rzeczywiście stały tj. nie zmieniający się prędko.

Podany między innemi w tym względzie przez znaną zaszczytnie na tém polu fabrykę Krügera w Berlinie przyrząd galwaniczny przenośny z ogniwami Marie-Davego niewątpliwie posiada wiele zalet, lecz nie jest także bez kilku wad, które w praktyce nie mile czuć się dają lekarzowi. Do tych to ostatnich liczymy: pęcznienie drzewa od płynu parującego z naczyń otwartych, niejednakie zużywanie ogniw, które wszystkie naraz trzeba nastawiać nawet jeżeli się tylko jednego lub dwóch potrzebuje, trudność utrzymywania płynu w dostatecznéj we wszyskich naczyńkach wysokości, a ztąd konieczność używania go w zbytniéj ilości, co znów utrudnia przenoszenie i przewożenie przyrządu i przy małéj nawet nieostrożności naraża na wylanie kwasu.

Te to między innemi okoliczności skłoniły Spamera w Giessenie do zbudowania przyrządu, w którym uniknął wielu wad wymienionych. Korzystne z nim doświadczenia przez czas dłuższy skłaniają mnie do opisania go na tém miejscu w przekonaniu, iż się to przyda czytelnikom Przeglądu Lekarskiego obowiązanego do obznajamiania Ich z rzeczywistemi postępami nie tylko nauki ale i techniki lekarskiéj.

Przednia część skrzynki o 18 cm. wysokości, 22 cm. szerokości a 26 cm. długości mieści w górnéj swéj połowie przykrętki, girotrop poprawnéj konstrukcyi i igłę magnetyczną, w dolnéj zaś szufladkę na części dodatkowe: sznury przewodnie, reofory itd. W tylnéj części skrzynki znajduje się bateryja galwaniczna w następujący sposób zbudowana: Na dnie znajduje się szuflada dająca się przez drzwiczki w tylnéj ścianie przyrządu wsuwać i wysuwać; w niéj mieszczą się korytka z twardego kauczuku, każde odpowiedniemi przegrodami na 10 naczyniek zupełnie osobnych podzielone. W górze tego oddziału znajdują się ponad korytkami trzy listwy także z twardego kauczuku, na których osadzone są od spodu prostopadłe pręty z cynku i węgla stożkowato zakończone. Pręty cynkowe z wyjątkiem samego końca powleczone są masą żywiczną, którą w razie potrzeby łatwo można oddzielić. Za pomocą nader prostego mechanizmu dają się opisane listwy kauczukowe z prętami cynkowemi i węglanemi nie tylko w każ-

dćj wysokości utrzymać, ale zarazem spuszczać lub podnosić, żeby cynk i węgiel tyle właśnie zanurzały się w płynie, ile potrzeba do otrzymania prądu lub po galwanizowaniu dały naodwrót z płynu wyjmować. Miękkiemi drutami przewodniemi można nie tylko cynk i węgiel na różnych listwach osadzone łączyć ze



sobą metalicznie, ale nadto w razie potrzeby używać ogniw galwanicznych dowolnie z jednéj lub drugiéj listwy i zmieniać ich liczbę bez przerywania prądu.

Mięszanina do napełniania bateryi składa się z 300 gramów wody destylowanéj, 45 grm. kwasu siarkowego zgęszczonego, 20 grm. dwuchromanu potasowego i 2 grm. siarkanu rtęciawego. Na jedno ogniwo przypada przeto koło 12 cm. płynu. Płyta kauczukowa do nakrycia korytek kauczukowych w czasie, gdy się przyrządu nie używa, zapobiega parowaniu płynu.

Jakkolwiek oczywiście nie ma wątpliwości, że przyrząd opisany w téj formie zapewnie nie jednéj ulegnie zmianie na lepsze, tyle pewna, iż posiada on dla lekarza praktycznego już teraz bardzo wielkie zalety, a temi są: lekkość i mała objętość, nie wielka ilość płynu, dokładność mechanizmu do zanurzania i wyjmowania z płynu, nader małe zużywanie cynku, co znacznie bardzo przyczynia się do trwałości cieczy, jednakie mniéj więcéj niszczenie się wszystkich ogniw, ponieważ do otrzymania prądu tejże saméj skuteczności można używać ogniw z listw rozmaitych. Obawa Erba, że węgiel w przyrządach tego rodzaju po niejakim czasie odmówi swéj skuteczności, bo pokryje się przetworami z rozkładu płynu, nie wydaje się pod względem praktycznym dla opisanego właśnie przyrządu uzasadnioną, bo węgiel tylko podczas używania bateryi zanurza się w płynie a wreszcie w razie potrzeby do oczyszczenia go zapewne łatwy znajdzie się sposób.

Przyrząd o którym mowa kosztuje 135 marek u Krügera w Berlinie.

3) Następnie mówił kol. Domański o kąpielach elektrycznych (Ukaże się niezadługo w Przeglądzie Lekarskim) i objaśnił rzecz odpowiedniemi doświadczeniami.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Sprawozdanie o Zjeździe psychijatrów we Wiedniu.

Podał Dr. A. J. Laskiewicz-Friedensfeld.

Zjazd psychijatrów zwołany z powodu wystawy urządzonéj w dolno-austr. zakładzie dla obłąkanych, odbył się w pięknéj sali domu wydziału krajowego (*Landhaus*); członków obecnych było 60, tak krajowych, jako i zagranicznych. Dn. 25 lipca o godzinie wpół do 11éj zagaił posiedzenie Zjazdu w obecności wielu reprezentantów władz autonomicznych i rządowych marszałek krajowy X. prałat Helferstorfer; zwróciwszy uwagę na wysokie znaczenie, jakie zjazdy lekarzy i przyrodników dla dobra ludzkości i postępu naukowego w ogóle mają, zaprosił zgromadzonych do wyboru bióra. Na wniosek Witlacila wybrano prezesem dyrektora zakładu obłąkanych prof. Schlagera, wiceprzezesami: dyrektora zakładu w Feldhof pod Gracem prof. Krafft-Ebinga i dyrektora zakładu w Ybbs koło Wiednia Dra Hornunga, sekretarzami zaś Drów Linzmayerra i Weissa.

Prof. Dr. Schlager dziękując zgromadzonym za wybór, wspomina o wielkiéj stracie, jaką cały świat umiejętny a przedewszystkiém lekarze we Wiedniu ponieśli przez śmierć Rokitańskiego, którego zwłoki dziś właśnie mają być pochowane i zaprasza na pogrzeb. Poczém prof. Krafft-Ebing przystąpił do wykładu swego

I. O doświadczeniach nad własnem gospodarstwem w zakładach dla obłąkanych. Jak w każdéj familii, tak tém bardziéj w wielkich zakładach, szpitalach i przytuliskach przekonać się można, że korzystniejszém i tańszém jest gospodarstwo własne, aniżeli gdy gospodarstwo jest w rękach dzierżawcy, który przedewszystkiém własną korzyść ma na oku; co nieliczna familija lub jedno indywiduum korzysta, prowadząc własne gospodarstwo, to pomnożone przez liczbę chorych daje korzyść zakładu. Ale nie tylko ze względów pieniężnych, lecz bardziéj jeszcze ze względu higijenicznego należy się starać we wszystkich zakładach o prowadzenie własnego gospodarstwa; wiadomo, jak częstemi są skargi chorych, szczególnie z lepszych klas społeczeństwa lub chorych w ogóle z niczego niezadowolonych, hipochondryków histeryczek. Ilość pokarmu dla każdego chorego łatwiéj wagą daje się kontrolować, ale ocenienie jakości daleko jest trudniejszém. Wiadomo, że większa część chorób umysłowych w późniejszych latach nabytych polega pomiędzy innemi i na zmianach w odżywianiu ogólnem, na niedokrewności; wiadomo, jak często chorzy, dotknięci przewlekłą chorobą, umierają w skutek gruźlicy, a więc należy wszędzie wprowadzić pożywną domową strawę bogatą w ciała białkowate. Właśnie odsetki chorych, cierpiących w zakładach dla obłąkanych na gruźlicę albo zmarłych z téj choroby, lepiéj aniżeli skutki leczenia służyć mogą do rozstrzygnięcia pytania, w jaki sposób należy chorych żywić. Rachunek jednak nie jest ścisłym, jeżeli zakład jest przepełniony, bo przecie i dobre powietrze ma wielkie znaczenie. W większych zakładach muszą chorzy pracować w polu, stajniach, fabrykach, stosunkowo do swego wychowania i zręczności, słowem ćwiczą się cieleśnie. Większa część zakładów w Niemczech, Anglii, Francyi, Holandyi, własne mają gospodarstwo. W ogóle bowiem przedsiębiorca lub restaurator w zakładzie wraz z swoją służbą stanowi towarzystwo obce; potrzeba pewnego regulaminu celem utrzymania zależności tych ludzi od dyrekcyi i lekarzy. Własne gospodarstwo ma jednak i niektóre złe strony; a mianowicie pociąga za sobą wiele roboty ze strony przeważnie urzędników zakładowych. Jednakże przynosi ono tyle korzyści dla chorych i zakładów, że życzyć należy, aby ono wszę-

dzie było wprowadzoném; oprócz korzyści pieniężnéj, w skutek taniego utrzymywania chorego i skutków lecznictwa, podtrzymywanego pożywieniem zdrowém, nie podpada wątpliwości, że oddaliwszy osoby obce dla lekarzy i chorych, nie mamy sporów, skarg, targów i innych nieprzyjemności. Do własnego gospodarstwa dostateczni są dwaj urzędnicy, lekarze prowadzą kontrolę. Zakład w Feldhofie zaoszczędza na własném gospodarstwie 25000 zła. rocznie.

W dyskusyi dyrektor zakładu w Ybbs Dr. Hornung zgadza się ze zdaniem poprzedniego mowcy. Sekretarz wydziału krajowego Thomas zapytuje się, czy własne gospodarstwo istnieć może tam, gdzie zakłady własnego ogrodu nie mają, i czy w ogóle w większych miastach i stolicach system ten dałby się zastósować. Krafft-Ebing odpowiada, że zakład z własném gospodarstwem niekoniecznie musi posiadać ogród. W wielkich miastach, jak w Londynie i Paryżu, z wielkim skutkiem system ten zaprowadzono. Prymaryjusz Dr. M. Gauster przytacza dobre rezultaty tego systemu w zakładzie w Celowcu. Radca namiestnictwa Dr. Karajan ma nadzieję, że własne gospodarstwo łatwo da się zaprowadzić w zakładach dla obłąkanych, chciałby jednak, aby obowiązki te oddane były w ręce tylko jednego człowieka, obznajomionego doskonale z gospodarstwem; nie chce, aby dyrektor był równocześnie kontrolorem gospodarstwa. Krafft-Ebing odpowiada na zarzut Karajana, że sam pełni obowiązki główno-kontrolującego, gdyż, choć nic o gospodarstwe, prowadzeniu ksiąg i rachunków nie wiedział, w krótkim czasie jednak z łatwością nabrał w tym kierunku doświadczenia. Dr. Hornung czyni wniosek następującéj treści: Zjazd zgadza się z referentem, że gospodarstwo własne najstósowniéj dałoby się zaprowadzić w zakładach i że ogólném byłoby to życzeniem, gdyby ono było zaprowadzone we wszystkich austryjackich zakładach. Dr. Smoler (z Pragi): My jesteśmy zgromadzeniem umiejętném, a nie ciałem prawodawczém; nie mamy prawa zajmować się wydawaniem rezolucyj. Sekretarz wydziału krajowego Thomas również oświadcza się przeciw rezolucyi; tak ważnym pytaniom należy więcéj poświęcić czasu; zresztą nie trzeba zapominać, że w głównym szpitalu powszechnym zaprowadzono przed kilkoma laty własne gospodarstwo, które się jednak wcale nie powiodło. Prof. Meynert oświadcza się za rezolucyją a zdanie to popierają Gauster i Leidesdorf. Na pytanie przewodniczącego, czy zgromadzenie życzy sobie, aby pewne wnioski były czynione lub nie, większość odpowiedziała twierdząco i przyjęła wniosek prof. Meynerta: zgromadzenie uznaje, że własne gospodarstwo jest najodpowiedniejszém w zakładach.

II. Posiedzenie 26 lipca o godz. 11 przed południem.
Obecnych członków 40.

Przewodniczący wita obecnego na posiedzeniu radzcę przy ministerstwie spraw wewnętrz. byłego prof. chemii Dra Schneidera, następnie odczytuje telegramy od kolegów z Illenan w W. ks. badeńskiém, z tyrolskiego zakładu w Hall i zakładu węgierskiego w Tyrnowie. Poczém zabrał głos członek Wydziału krajowego, Dr. prawa Schrank mówiąc O przyjmowawaniu do zakładu dla obłąkanych więźniów, którzy podczas kary w więzieniu zapadli na obłąkanie.

Według obecnych regulaminów obowiązane są zakłady przyjmować obłąkanych więźniów, a obowiązek ten pociąga za sobą nieprzyjemne następstwa. Chorych tych, jako więźniów, należy lepiéj pilnować, aby nie uciekali itd., a posługacze obchodzą się z taką samą surowością i z innymi chorymi, i to całkiem niesłusznie. Każdy przyzna, że towarzystwo więźniów zły okazuje wpływ moralny na innych chorych. Zakłady przepełnione musiałyby być zakładami karnemi, a ponieważ dawny przymusowy sposób leczenia obłąkanych żyje w pamięci publiczności, przeto nie będzie można przesądu wykorzenić, że zakłady właściwie nie są przytuliskami i szpitalami, lecz więzieniami. Mówca czyni więc wniosek: Prosi się Wydziału krajowego o postanowienie, aby odtąd obłąkanych więźniów pozostawiano w tak zwanych szpitalach inkwizycyjnych, tj. w samém więzieniu się znajdujących, które należy powiększyć. W więzieniach przecież są odpowiedni posługacze umiejący się lepiéj obchodzić z więźniami, są i lekarze. W ostatnim czasie, przy wypracowaniu nowego kodeksu karnego niemieckiego, zgromadzenie psychijatrów niemieckich wystósowało podobną petycyję do kanclerstwa. Możnaby dla więźniów obłąkanych urządzić, jak to jest w Anglii, osobny szpital.

Prof. Leidesdorf: Należy odróżnić obłąkanych, którzy zachorowali podczas kary więziennéj, od takich, którzy byli obłąkani przed popełnieniem zbrodni. Ci ostatni nie są więźniami, to są chorzy, których można przyjmować do zakładów, w których codziennie się przecież zdarza, że jeden chory drugiemu coś kradnie albo go bije, lub inne popełnia czyny nieprawe. Tacy zaś więźniowie, którzy zachorowali po spełnieniu czynu karygodnego, są więźniami i stoją na równi z towarzyszami, którzy zapadli na inną chorobę np. dur, gruźlicę, i takich ludzi należy pozostawiać w szpitalu więziennym. Lekarze sądowi powinni przecież posiadać znajomość psychijatryi. Zjazd psychijatrów niemieckich w Landau (1861) postanowił, aby w zakładach trzymano więźniów chorych i symulantów w osobnych oddziałach. Dyrektor Hornung wspomina, że często bardzo musiał wydalać symulantów, jako bardzo niebezpiecznych dla innych chorych; niestety odsyłano ich znowu do zakładu. Prymaryjusz Langwieser (Ybbs) zwraca uwagę na to, że same przytrzymanie ludzi w więzieniu jest karą, a więc chorych na umyśle nie należy pozostawiać w więzieniach, bo chorych nie należy karać, skoro czyn ich jest skutkiem choroby. Prof. Krafft-Ebing: Nie należy tu robić różnicy co do wielkości czynu lub czasu, kiedy czyn karygodny został spełniony, bo nieraz trudno dowieść z pewnością, czy człowiek po lub przed spełnieniem przestępstwa był chorym. Odróżnia on ludzi popełniających zbrodnię z afektu od zbrodniarzy nałogowych. Przyczyną przestępstwa u ludzi pierwszéj kategoryi jest zazdrość, urojenia i afekty. Tacy chorzy bardziéj jeszcze wpadają w obłęd, melancholiję, lub inne rodzaje cierpienia umysłowego, jeżeli pozostają w więzieniach. Zbrodniarze nałogowi zaś są to ludzie od dziecięctwa zepsuci, źle wychowani; tacy ludzie są szkodliwi dla innych chorych w zakładach, ich należy pozostawiać w więzieniu. Prof. Meynert: Ludzie tego ostatniego działu jako też i symulanci demoralizują innych chorych w zakładach, bo są oni wychowani w szkole niemoralności i przestępstw; ich nie należy oddawać do zakładów. Tymczasem zbrodniarzy pierwszego rzędu miewał sam w swéj klinice i odsyłał ich nawet za t. zw. rewersem do kółka rodzinnego, bo dokładne badanie dowodziło, że ludzie ci popełniali zbrodnię podczas napadu epileptycznego lub w obłędzie.

Wniosek Dra Schranka większością głosów przyjęto.

(Dokończenie nastąpi.)

* **Kraków**, d. 1 sierpnia. Komisyja, o któréj wspomnieliśmy w poprzednim numerze, ukończyła już swoje czynności. Reprezentant Wydziału krajowego Dr. Hoszard oświadczył, że Wydział krajowy nie może pozbyć się żadnego z pawilonów, ponieważ istniejące dotąd zaledwie wystarczają do pomieszczenia chorych, że jednak Wydział nic nie ma przeciw temu, aby Rząd na gruncie szpitala św. Łazarza wystawił jeden lub dwa pawilony celem pomieszczenia klinik, a wtedy władza autonomiczna gotową jest przyjąć administracyję, coby dla Rządu pod względem finansowym było bardzo korzystném. Rozchodzi się teraz o to, czy Ministerstwo oświaty zgodzi się na wybudowanie nowych pawilonów kosztem rządowym.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich do d. 27 lipca było gości 7181, a w Krynicy do tegoż dnia osób 1361.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 27 (od 30 czerwca do 6 lipca włącznie) umarło w Krakowie osób 40; 27 mężczyzn i 13 kobiet; 22 osób w obwodach i 18 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 37,1. Z chorób zakaźnych umarły 3 osoby, mianowicie: 1 z płonicy i 2 z krztuśca.

* **Wiedeń**. Pogrzeb śp. prof. Rokitańskiego odbył się d. 25 lipca kosztem c. k. Tow. lekarskiego wied. Sekcyi nie zrobiono, a więc istotnie wyjaśnioną nie została przyczyna śmierci wielkiego anatoma. Oprócz reprezentantów wszystkich korporacyj uczonych obecnymi byli celem oddania ostatniéj czci zmarłemu Arcyksiążę Rainer jako kurator Akademii, zastępca nieobecnego w Wiedniu Arcyksięcia Karola Ludwika, ministrowie Hofmann i Stremayr, namiestnik Conrad, burmistrz Dr. Newald i wielu innych dostojników, nawet schorzały oddawna prof. Škoda w powozie towarzyszył konduktowi. Nad grobem przemówił wiceprezydent Akademii radzca dworu Arneth. Pomiędzy wielką liczbą wieńców z napisami niemieckiemi znajdował się i wieniec Tow. lek. krak. z napisem polskim: „Tow. lek. krak. swemu Członkowi honorowemu“. Trafnym był napis u wieńca ofiarowanego przez Tow. psychijatryczne wiedeńskie: „*Die Seelen-Heilkunde dem Beseeler der Heilkunde*“.

* Wydział lek. wiedeński przypuścił habilitacyję Dra Hankego, dyrektora szpitala dziecięcego Arcyksięcia Następcy tronu; odroczył zaś uchwałę co do aktów habilitacyjnych Drów Kleina okulisty i Weissa nerwopatologa.

* **Odznaczenia**. Dr. Alojzy Krziž, lekarz powiatowy w Złoczowie, w uznaniu pożytecznéj działalności otrzymał złoty krzyż zasługi z koroną.

Prof. Hasse w Gietyndze otrzymał order korony 2éj klasy.

* **Nekrologija**. W Sieniawie umarł temi dniami lekarz praktyczny Dr. Dyjonizy Szyszyłowicz, wychowaniec uniw. naszego i członek koresp. Tow. lek. krak.

W Paryżu † chirurg Amussat, syn zmarłego niedawno znakomitego operatora.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. W. we Lwowie: Otrzymaliśmy i umieścimy w swoim czasie, według życzenia szan. Kolegi. — **Dr. P. w Jaśle**: Otrzymaliśmy i umieścimy. — **Dr. S. w Brzeżanach**: Na ten numer za późno; w przyszłych numerach uwzględnimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 441.

KONKURS.

Wydział powiatowy Podhajecki rozpisuje konkurs na prowizoryczną posadę lekarza ordynującego przy szpitalu powszechnym w Staremmieście przy Podhajcach, stabilizacyja téj posady co najmniéj po roku praktyki nastąpić może. Na mocy reskryptu wys. Wydziału krajowego z dnia 10go lipca b. r. L. 36638 mogą kompetować o tę posadę tylko Panowie Drowie wszech nauk lekarskich, albo Doktorowie medycyny i chirurgii; pensyja oznaczona budżetem przez Radę powiatową 500 złr. rocznie, termin wnoszenia podań do kancelaryi Wydziału powiatowego oznacza się do 20 sierpnia b. r.

Z Wydziału Rady powiatowéj
w Podhajcach 25go lipca 1878.
J. Kosiel.

Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem. Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 10 Sierpnia 1878. № 32. Rok XVII.

I. Z Prosektoryjum szpitala powszechn. lwowskiego.

Przyczynek do kazuistyki wrodzonego ułożenia całego jelita grubego w lewéj połowie jamy brzusznéj, połączonego z wadą rozwojową kresek jelitowych.

Opisał Dr. **Longin Feigel**,
Prosektor szpitala powszechnego we Lwowie.

(Rzecz przedstawiona w Tow. Lek. galicyjskiém.)

W styczniu 1878 r. przedstawiłem w sekcyi lwowskiéj Tow. Lek. galic. zajmujący przypadek nieprawidłowego położenia jelita grubego w lewéj połowie jamy brzusznéj i wady rozwojowéj kresek jelitowych, który zasługuje na podanie go do wiadomości szan. Czytelników. Przypadki bowiem tego rodzaju należą do nadzwyczaj rzadkich, a w polskiém piśmiennictwie są, ile mi wiadomo, zupełnie nieznane (mimo, iż podobne naszemu przypadki wydarzały się w szpitalu św. Łazarza w Krakowie i zostały przez prof. Treitza opisane po niemiecku); przypadek więc nasz wypełnia znowu jedną lukę w ojczystém piśmiennictwie, które wzbogacać uważam sobie za obowiązek. Powtóre przedstawiają one wielkie zajęcie naukowe, rzucając światło na sprawę rozwoju kresek i samych jelit; wreszcie zaś mogą i dla lekarza praktycznego nabrać wielkiego znaczenia z powodu, iż usposabiają tak do rozmaitych zmian w położeniu jelit, jak do zaburzeń w przejściu prawidłowém treści jelitowéj, z których możliwemi przyczynami lekarz praktyczny musi jak najdokładniéj obznajamiać się; a w danym przypadku jedynie znajomość takich stosunków nieprawidłowych może wytłumaczyć praktycznemu lekarzowi niezwykły wynik badania jamy brzusznéj, który mógłby go naprowadzić na mylne rozpoznanie, a zatém i leczenie.

Przypadek ten zdarzył się u Jana S., 28-letniego mężczyzny, który zmarł w szpitalu powszechnym lwowskim dnia 17go grudnia 1877 r. na oddziale chorób wewn. Dra O. Widmana.

Sekcyja wykonana dnia 18go grudnia 1877 r. wykazała: Zapalenie włóknikowe całego płuca prawego zstępujące, w okresie zwątrobienia szarego. Przekrwienie i ostre zbrzęknienie płuca lewego. Zapalenie ostre włóknikowo-ropiaste opon mózgowych na powierzchni i podstawie mózgu (badanie narządu słuchowego wykazuje tylko lekkie przekrwienie błony śluzowéj jamy bębenkowéj, zresztą wynik ujemny). Obrzęk śledziony ostry i przekrwienie wątroby i nerek, przy prawidłowém ich położeniu. Natomiast uderza już przy pierwszém obejrzeniu nieprawidłowe ułożenie jelita grubego; kątnica bowiem nie leży w prawéj jamie biodrowéj, jak zwykle, lecz w jamie biodrowéj lewéj i w lewéj połowie miednicy małéj, a całe jelito grube zajmuje tylko lewą połowę jamy brzusznéj, podczas gdy prawą połowę zajmują wyłącznie jelita cienkie.

Bliższe poszukiwanie wykazuje następujące szczegóły: Żołądek dość mały, leży w położeniu prawidłowém. Dwunastnica występuje z prawéj strony żołądka i tworzy silne zakrzywienie esowate, prawém wypukleniem ku dołowi i w lewą stronę zwrócone, którego ramię górne, od żołądka odchodzące, jest 15 cm. długie, ramię zaś dolne i prawe, które przechodzi pod kątem bardzo ostrym ku górze pod wątrobą, ma 12 cm. długości, szczyt zaś zakrzywienia tego leży przed nerką prawą. Ramię ostatnie tworzy pod wątrobą łuk i przechodzi w jelito czcze, które odtąd schodzi ku dołowi i nieco na lewo i wypełnia zwojami swojemi całą prawą stronę i środek jamy brzusznéj, a tylko końcem jelita biodrowego przechodzi na stronę lewą (p. rycina, na któréj jelita cieńkie są nieco ku prawéj stronie uciśnięte, ażeby widzieć można kreskę).

Kątnica leży w jamie biodrowéj lewéj a częścią w lewéj miednicy małéj (na rycinie nieco za wysoko). Od niéj wychodzi okrężnica wstępująca w lewéj stronie jamy brzusznéj, przed nerką lewą, pomiędzy zwojami jelit cienkich a okrężnicą zstępującą i zakrzywieniem esowatém, ku górze i nieco na prawo, zawija się nad nerką lewą nagle w tył i pod kątem prostym na lewo i w górę aż pod samą śledzioną, leżąc przytém pod otrzewną przy samej tylnéj ścianie

brzusznéj, skręca się tu ku przodowi, w prawą stronę i nieco na dół, wychodzi z pod otrzewny i przebiega pod samym żołądkiem, dosięgając nieco po za linią środkową dwunastnicy; zwraca się znowu pod kątem bardzo ostrym, leżąc



do połowy grubości ściany przed częścią poprzednią i pokrywając takową częściowo, na lewą stronę; krzyżuje się z okrężnicą wstępującą od przodu i bieży poziomo do lewej bocznéj ściany brzusznéj, odkąd tworzy okrężnicę zstępującą i zakrzywienie esowate, poczém po lewéj jamie biodrowéj schodzi jako prostnica do lewéj miednicy małéj.

Kątnica i okrężnica wstępująca są nadto około swéj osi tak przekręcone, że tylna ich powierzchnia stała się przednią, a prawa strona lewą; wyrostek robaczkowy nie leży z lewéj, lecz z prawéj strony kątnicy, a nadto krzyżuje się z jelitem biodrowém nie od tyłu, lecz od przodu, a zwrócony jest szczytem swoim ku górze, w końcu ku okrężnicy wstępującéj. Jest on 12 cm. długi i opatrzony kreseczką u dołu 2 cm., ku szczytowi 4 cm. wysoką i półksiężycowato wyciętą; od dołu zaś téj kreseczki odchodzi zdwojenie otrzewny zakończone ostrym brzegiem ku tyłowi jelita biodrowego 3 cm. wysokie, które ogranicza lejkowatą, 3 cm. w otworze mającą i tyleż głęboką zatokę podkątnicową *(fossa subcoccalis)*.

Długość dwunastnicy wynosi 27 cm., jelita czczego 900 cm., jelita grubego 185 cm. Z ostatnich wypada 25 cm. na kątnicę, 45 cm. na okrężnicę wstępującą od kątnicy aż do kąta pod śledzioną, 25 cm. na część przebiegającą pod żołądkiem (okrężnicę poprzeczną) poziomą górną, 30 cm. na część poniżéj przebiegającą poziomo ku lewéj stronie, 10 cm. na okrężnicę zstępującą właściwą, 35 cm. na zakrzywienie esowate, a 20 cm. na prostnicę.

Szczególniejsze zmiany przedstawiają kreski jelitowe, których opis zaczniemy od dwunastnicy: Takowa wychodząc z żołądka jest jeszcze w długości 6 cm. otoczona w około otrzewną; zakrzywienie jéj jednak w wysokości 9 cm. i to tak część wstępująca jak występująca z zakrzywienia jest pokryta otrzewną, która ponad trzustką przechodzi potém na tylną ścianę brzuszną, z prawéj zaś strony na brzeg kreski jelita czczego. Oba ramiona zakrzywienia tego są ze sobą nadto zrośnięte gęstą włóknistą tkanką łączną, a nie otaczają jak zwykle głowy trzustki w około, lecz leżą przed samą jéj głową, przylegając płasko od przodu do takowéj. Z tyłu wychodzą też od utkania szczytu zakrzywienia dwunastnicowego włókna mięsne, t. zw. mięsień wieszadłowy dwunastnicy *(musc. suspensor duodeni)*, które przyczepiają szczyt ten nad i wewnątrz nerki prawéj koło kręgosłupa. Dla jelita czczego i biodrowego zaś nie istnieje osobna kreska w zwykłém tego słowa znaczeniu, która przez kreskę okrężną (cz. śródjelicie okrężne) jest skrzyżowaną i od lewéj strony, od góry i od prawéj strony w kształcie wieńca otoczoną; lecz jelito posiada od zakrzywienia dwunastnicowo-czczego aż do pewnéj wysokości okrężnicy wstępującéj jedną wspólną kreskę *(mesenterium commune)*. Takowa wychodzi poniżéj trzustki pomiędzy obydwiema nerkami i nad niemi w linii pozioméj 10 cm. długiéj i schodzi po kręgosłupie do 4go kręgu lędźwiowego, ukośnie ku stronie lewéj, w linii długiéj około 10 cm., a stąd rozprzestrzenia się wachlarzowato ku górze ku wątrobie, ku całéj prawéj stronie brzusznéj, ku dołowi i na lewo ku okrężnicy wstępującéj 30 cm. nad kątnicą, obejmując swojemi obiema blaszkami z prawéj strony i od dołu jelito cienkie, po stronie zaś lewéj kątnicę i okrężnicę wstępującą. Przednia blaszka téj kreski odpowiada lewéj blaszce, tylna prawéj blaszce zwykłéj kreski. Jeżeli kreskę tę odgarniemy wraz z jelitami ku górze i naciągniemy kreskę przy nasadzie ku górze i przodowi, to widzimy, że nie tylko odgarnąć się dają wszystkie jelita cienkie, ale i kątnica z częścią okrężnicy, razem 30 cm. wysokości, które w około otoczone są otrzewną i wolno wiszą na tejże saméj, co jelita cienkie kresce; a wtedy widzimy też, że cała prawa strona brzuszna od wątroby aż do miednicy małéj, cała środkowa jama miednicy małéj i jama biodrowa lewa (z wyjątkiem zakrzywienia esowatego w niéj leżącego) przedstawiają zupełnie próżną jamę, bez wszelkich jelit, tylną zaś ścianę brzuszną pokrywa delikatna błona otrzewny nad nerką prawą naciągnięta. Kreska ta wspólna dla jelita cienkiego, kątnicy i części dolnéj okrężnicy wstępującéj ma 14 — 18 cm. wysokości. Część okrężnicy wstępującéj powyżéj leżąca aż do skrzyżowania się z okrężnicą poprzeczną dolną, posiada śródjelicie 8 — 10 cm. wysokie, które jest utworzone z lewéj strony kreski jelita cienkiego i przedstawia jakoby lewe ramię kreski, mającéj kształt szeroko rozwartego V.

Ta część okrężnicy niedaje się jednak z miejsca poruszyć i odgarnąć z powodu, że 30 cm. nad szczytem kątnicy jest pasmem włóknistém i zbitém tkanki łącznéj, 4 cm. szerokiém, przyrośnięte do szczytu dolnego zakrzywienia esowatego, który do niéj przylega; powyżéj zaś tego pasma znajduje się pomiędzy tylną blaszką śródjelicia okrężnicy wstępującéj a tylną ścianą otrzewny, która potém przechodzi na okrężnicę zstępującą, głęboka zatoka, ograniczona od góry jelitem okrężnicę wstępującą krzyżującém. Cała część jelita tworząca opisane powyżéj zakręty pod żołądkiem (okr. poprzeczna) niema żadnéj kreski, a takowa rozpoczyna się znowu aż w części jelita przechodzącéj w okrężnicę zstępującą. Tu kreska wychodzi jak zwykle od tylnego lewego kąta ściany brzusznéj i jest w okrężnicy zstępującéj 4 — 5 cm., w zakrzywieniu esowatém 10 — 12 cm., dla prostnicy wysoką.

Okrężnica poprzeczna przebiegająca pod żołądkiem ku dwunastnicy i wracająca napowrót poniżéj na lewą stronę, tworzy od okrężnicy wstępującéj na prawo pętlę szczytem zwróconą ku dwunastnicy i jest ze sobą zrośnięta zbitą, włóknistą, krótką tkanką łączną, która przechodzi od dolnego

ramienia jako szerokie zbite pasmo i na okrężnicę wstępującą, którą te dwa jelita są ze sobą zrośnięte. Zrosty te sprawiają, że położenie powikłanych tu jelit jest stałém i żadną miarą nieda się zmienić. Pętla jednak okrężnicy poprzecznéj po prawéj stronie od okrężnicy wstępującéj jest zupełnie wolną, otoczoną w około otrzewną, przylega szczytem luźnie tylko do dwunastnicy, da się jednak swobodnie odgarnąć ku górze i ku lewéj stronie, przyczém pod nią okazuje się początek kreski opisanéj jelita cienkiego.

Sieć wielka przedstawia również stosunki zupełnie zmienione. Jedną częścią jest ona bowiem od zakrzywienia wielkiego żołądka mocno przyciągniętą ku stronie lewéj, przyczepia się tu do kawałka okrężnicy poprzecznéj, pokrywa takową i ramię poprzeczne dolne aż do lewéj ściany brzusznéj i przyczepia się brzegiem lewym do śledziony i do bocznéj lewéj ściany brzusznéj, z utkaniem któréj się zlewa (na rycinie część ta odcięta). Bardziéj na prawo przechodzi przez okrężnicę poprzeczną i pasmo włókniste przyczepiające części te do okrężnicy wstępującéj, pokrywa w całości ostatnią i przechodzi szeroką delikatną błonką na kreskę jelit cienkich. Inna część sieci podsuwa się od tyłu do obu ramion pętli okrężnicy poprzecznéj i przyczepia się od góry i z tyłu do obu tych części, wikłając się także w zagmatwaną pajęczynowatą tkaninę, w wielu miejscach strzępiasto wiszącą. Ku prawéj stronie przechodzi na dwunastnicę, na któréj również tworzy zagmatwaną tkaninę pajęczynowatą, a stąd rozściela się po całéj przedniéj blaszce kreski wspólnéj, tak, że ta z wyjątkiem odcinku małego kreski, który leży pod wątrobą wyżéj od dwunastnicy, jest w całości pokryta delikatną, jedną tylko warstwę stanowiącą błonką sieciową. Brzegi téj błonki sięgają aż do samych jelit cienkich i są z otrzewną kreski tak ściśle zrośnięte, że wyśledzić się nigdzie nie dają; tu i owdzie jest błona ta i do płaszczyzny kreski przyczepioną, w wielu jednak miejscach daje się w kształcie pęcherza nad kreską podnosić, a wszędzie poznać się daje jako biaława, cienka, pofałdowana błonka.

Jelita cienkie znaleziono przytém objętości zwykłéj. Wszystkie zaś jelita grube były mocno rozdęte i wypełnione ogromną ilością kału mniéj lub więcéj gęstego; przepłukanie zaś takowych udaje się z wielką tylką trudnością, woda bowiem nalana spiera się w wielorakich opisanych zakrzywieniach i zamyka sama swojém ciśnieniem jelita, aż do zupełnéj bezdrożności. Błony śluzowe żołądka i jelit napotkano zresztą w stanie zupełnie prawidłowym.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

Co do zalet najpierw peptonu rtęciowego, to uwydatnić muszę już na początku méj rozprawki wspomnianą stałość połączenia; pod względem działania nie różni się prawie niczém od skutków leczniczych obszerniéj omówionych przy użyciu białkanu rtęciowego. Co do stron ujemnych, to podnieść muszę ból, jaki powstaje przy zastrzyknięciu, a który wcale nie jest mniejszy, jeżeli nie większy, niż po zastrzyknięciu białkanu rtęciowego, jakoteż nacieki podskórne powstają w 1—2 dni po tym drobnym rękoczynie i trwają 3—4 a nawet 7 dni zwolna ustępując. Ból w naszych przypadkach występował w chwilkę po zastrzyknięciu i trwał przez 2—3 godzin w stopniu nieraz dość znacznym, a potém tylko sprawiał pewną niedogodę przy spaniu na boku odpowiednim nie upośledzając jednak żadnych funkcyj fizyjologicznych ustroju. Tą samą wadą grzeszy i pepton jodo-rtęciowy nawet z dodatkiem gliceryny, a pod względem skuteczności, to o tyle przewyższał dotychczas omówione przetwory rtęciowe, że w przypadku poniżéj opisanym skąpa osutka kiłowa krostkowa dość szybko pod wpływem wstrzykiwań peptonu jodortęciowego znikały, bo 13 injekcyj wystarczyły do jéj usunięcia, do podgojenia kłykcin i zmniejszenia gruczołów.

Celem przekonania się, czy w istocie przetwory te sprawiają ból dość znaczny, wstrzyknąłem 1 gram peptonu rtęciowego rozpuszczonego w jodku litu młodemu lekarzowi zostającemu w méj opiece prosząc go o nakreślenie uczucia, jakiego od pierwszéj chwili po wstrzyknięciu doznawał, jakotéż mierzenie ciepłoty co 2 godziny. Ponieważ zeznania jego zostawały w zupełnéj zgodzie z tém, co inni chorzy tym sposobem leczeni opowiadali, przeto uważam za rzecz odpowiednią pokrótce nakreślić te nie bez wartości praktycznéj indywidualne uczucia: „W chwili zastrzyknięcia nie było bólu żadnego, tylko uczucie ciepła“; odpowiednio temu widywałem zawsze zarumienienie skóry, czyli silniejszy napływ krwi do miejsca, w którém wprowadziłem lek pod skórę. W dwie minuty późniéj wystąpił ból mocno piekący i szczypiący w samém miejscu zakłucia. Po 10 minutach ból zmalał nieco, lecz wystąpiło uczucie ciepłego okręgu, jak gdyby krążek ogrzany był przyłożony, a w środku tegoż ból szczypiący utrzymywał się ciągle. Uczucie to krążka ciepłego ustąpiło w pół godziny, lecz ból utrzymywał się ciągle, a w 2 godziny nawet wzmógł się rozpromieniając się po całym organizmie. Dopiero po 4 godzinach poczynał ból ustępować dolegając tylko potém choremu przy spaniu o tyle, o ile nie mógł wyleżeć na boku, na którym zrobiono wstrzykiwanie. Co do wpływu na ciepłotę i tętno, to środek ten nie zmieniał wybitnie wahań ich fizyjologicznych. O 4téj po południu to jest w chwili zastrzyknięcia była ciepłota 36·3, tętno 94, w 2 godziny późniéj tj. o 6téj 36·9, tętno 88, o 8 wieczór 37·2, tętno 84, o 8 z rana dnia następnego 37·0, tętno 84.

Nie ulega najmniejszéj kwestyi, że odgrywa tu nader wielką rolę indywidualność chorego, wybranie odpowiedniego miejsca do wstrzyknięcia, i zręczność przy wykonaniu téj małéj operacyi, jakotéż przyzwyczajenie się chorego do znoszenia przykrych uczuć, lecz nawzajem tylko dodam, że chory, któremu zawdzięczam co dopiero przytoczone zeznanie, wybornie znosił zastrzykiwania sublimatu z solą kuchenną z małym dodatkiem morfinu, a dalszym wstrzykiwaniom peptonów rtęciowych żadną miarą poddać się nie chciał.

Na zakończenie tego rozdziału dodaję jeszcze celem lepszego uwidocznienia działalności peptonów krótkie wyciągi z ważniejszych historyj chorób, jakie w liczbie 8 mam pod ręką.

1) Agata G., lat 20, wyrobnica przybyła 28 grudnia 1877 na naszą klinikę, gdzie rozpoznano: „*Syphilis secun-*

daria recens cutanea maculosa trunci, in cervice varioliformis. Polyadenitis inguinalis et nuchalis insignis. Condylomata lata ad tonsillas et ad genitalia majoris gradus“.

Choroba datuje się od 2 miesięcy; gruczoły pachwinowe wielkości orzechów włoskich, a na częściach rodnych, w rowkach łonowo-udowych i koło stolca olbrzymie kłykciny sączące, obok tego obrzmienie wargi wstydliwéj większéj lewéj do wielkości jaja kurzego.

Już po wstrzyknięciach peptonu jodo-rtęciowego (po 1 grm.) osutka krostkowa na karku zaczęła ustępować; ból po wstrzyknięciach był wprawdzie dość znaczny utrzymując się od 4 — 5 godzin, ale nacieki były nieznaczne. 14 stycznia po 13 wstrzyknięciach pozostał zaledwie ślad osutki, a kłykciny przy użyciu nadto metody Chérona widocznie ustępują. Ostatnie cztery wstrzyknięcia prawie chorą nic nie bolały. 17 stycznia po 15 wstrzyknięciach osutka ustąpiła zupełnie, z kłykcin zaledwie ślad, a 21 stycznia po 20 injekcyjach i 8 tuszowaniach m. Chérona opuściła chora zakład bardzo dobrze odżywiona.

W ciągu 23 dni leczenia przybyło jéj 5 funtów (105—110 funt.); późniejsze wstrzykiwania sprawiały jéj tylko ból trwający $^1/_4$ godziny, późniéj następował rodzaj otrętwienia miejscowego, nacieki wielkości orzecha włoskiego, niezbyt twarde, ustępowały w ciągu 4 — 7 dni; sen i apetyt były bardzo dobre.

2) Za to druga chora Wiktoryja G., równocześnie z poprzednią leczona, uskarżała się bardzo na ból po wstrzyknięciach peptonu jodo-rtęciowego podając, iż przez cały dzień czuje mocne pieczenie w miejscu zastrzyknięcia, a nawet w nocy z tego powodu dobrze spać nie może. U choréj téj 14 wstrzykiwań usunęło zupełnie osutkę plamisto-guziczkową i chrypkę, a kłykciny na częściach rodnych i migdałkach znikły niemal zupełnie; gruczoły pachwinowe z początku wielkości orzechów włoskich zmalały do wielkości orzechów laskowych. Dalszych 10 wstrzykiwań otrzymała z sublimatu połączonego z solą kuchenną i morfinem chwaląc sobie ten środek w porównaniu z dawniejszym. Po 25 wstrzykiwaniach opuściła zakład wyleczona.

3) Stanisław S. z Rakowic, lat 27, przybył 15 listopada 1877 na klinikę. Rozpoznanie brzmiało: *Syphilis secund. recens cutanea maculosa. Pharyngitis syphil. Condylomata lata ad genitalia. Phimosis ex induratione. Polyadenitis nuchalis haud insignis.*

Wrzód twardy miał się pojawić przed 2 miesiącami. Zalecono choremu wstrzykiwania z peptonu rtęciowego. Chory uskarżał się zaraz po 1 injekcyi na ból odzywający się nawet w nocy w chwili budzenia się, zresztą atoli spał dobrze. Naciek nieznaczny, przy ucisku niebolesny. Drugie wstrzyknięcie nie sprawiało już tyle bolu choremu, szczypanie wystąpiło dopiero w 5 minut po wstrzyknięciu i utrzymywało się 3 godziny; dalsze wstrzykiwania znosił jeszcze lepiéj. Po 12 wstrzykiwaniach znikła osutka plamista, a kłykciny po użyciu 3-krotném metody Chérona i 14 wstrzyknięciach peptonu rtęciowego pokryły się przyskórkiem; wszystkie zaś zmiany kiłowe, nawet nacieki po kłykcinach ustąpiły po 30 injekcyjach czyli miesiącu leczenia. Dobrze odżywiony nie straciwszy nic na wadze (112 funtów) opuścił 16 grudnia zakład kliniczny.

Co do skuteczności zatém, to peptony rtęciowe wcale nie ustępują pierwszeństwa białkanowi rtęciowemu, ani téż innym środkom służącym do wstrzykiwań podskórnych; a peptony jodo-rtęciowe szybko usuwają zmiany kiłowe i korzystny wywierają wpływ szczególniéj na gruczoły, będące według wielu autorów siedzibą jadu kiłowego, z których on od czasu do czasu silniejszym prądem rozlewa się po ustroju. Bolesność możnaby zmniejszyć przez wstrzyknięcie poprzednio odpowiedniéj dawki morfinu (od 0,008 — 0,01) lub domięszanie do rozczynu peptonu rtęciowego stósownéj ilości morfinu, np. na 100 gramów peptonu 0,80 lub nawet 1 grm. morfinu. Środka tego jednak nie można domięszać do peptonu jodo-rtęciowego, gdyż zaraz powstaje osad, skutkiem rozkładu chlorku morfinu i powstawania jodku rtęciowego w postaci osadu żółtego; wypadałoby zatém wprzód zastrzyknąć morfin, a potém dopiero przepłukawszy strzykawkę pepton jodortęciowy. Nie mam atoli wielkiéj nadziei, aby i te przetwory rtęciowe zyskały sobie prawo obywatelstwa w terapii kiły; z powodu nowości mają one tylko rozgłos chwilowy i chwilowo tylko budzą naukowe zajęcia, lecz z pewnością wkrótce jak sinki, białkany i inne przetwory rtęciowe utoną w zapomnienia fali utorowawszy drogę środkowi najprostszemu, najtańszemu i najłagodniejszemu, czyli najmniéj bolesnemu po zastrzyknięciu. Zresztą sama trudność w przygotowaniu sobie środka nienagannego, chociaż się nie rozkłada tak łatwo, jak białkan rtęciowy, sumienne stworzenie tak dobrego peptonu, jak i całego peptonu rtęciowego lub jodo-rtęciowego, troskliwe przesączanie itd., a wreszcie drożyzna dobrego środka muszą stać na przeszkodzie rozpowszechnieniu się i dłuższemu użyciu w praktyce przetworu, któremu znów cudownych własności wcale przyznać nie można.

3.

Stosunek sublimatu do białka zwierzęcego i rozpuszczalność białkanu rtęciowego stanowiła w ostatnich czasach, jak to już poprzednio wspomniałem, ulubiony przedmiot zajęcia naukowego dla chemików i niektórych lekarzy praktycznych usiłujących wyzyskać zdobycze naukowe, na tém polu zrobione, do celów terapeutycznych. Już Lassaigne *(Gmelin, Handbuch der Chemie Bd. VII.)* przekonał się, że rozczyn sublimatu pomięszany z równą ilością rozczynu soli kuchennéj nie sprawia tak znacznego osadu w rozczynie białka, jak wtenczas, kiedy zupełnie brakuje domieszki soli kuchennéj; a jeżeli stosunek sublimatu do soli kuchennéj weźmiemy taki, żeby dwie drobiny sublimatu przypadały na 3 drobiny soli kuchennéj, to nawet za dodaniem do powyższych rozczynów białka zwierzęcego żadnego osadu nie otrzymamy. Toż samo w zupełności w czasach ostatnich potwierdził Juliusz Müller *(Archiv der Pharmacie CXCIV. Bd. 1, Heft I.)*, który nawet przypuszczał, że wszystkie przetwory rtęciowe dostając się do krwi krążą w niéj jako połączenie podwójne sublimatu z solą kuchenną, nie łącząc się wcale chemicznie z białkiem ustroju. Przy wcieraniach również szaruchy skutkiem oddziaływania chlorków zawartych w pocie na rtęć metaliczną tworzy się połączenie sublimatu z solą kuchenną i dopiero tym sposobem wnika w soki ustroju i wywiera zbawienne działanie tłumiąc spotęgowany jad kiłowy. Hołdując takim zapatrywaniom zalecał téż Müller do użycia w celach leczniczych sublimat w połączeniu z solą kuchenną z nadmiarem tego rozczynnika, jako racyjonalny przetwór rtęciowy nie ścinający wcale białka ustrojowego, a to tém bardziéj, że połączenie powyższe już po za ustrojem przysposobione może od razu daleko szybszy i energiczniejszy skutek wywołać, niż wszelkie inne przetwory rtęciowe, które dopiero sam ustrój zwierzęcy na takie połączenie podwójne wprzód przetworzyć muszą, zanim one dostawszy się w ogólne krąże-

nie rozwinąć potrafią skuteczne działanie. Również prof. Maly zachwala to połączenie, z tą jednak wyraźną uwagą, że nie powinno zbywać na soli kuchennéj. Według jego wskazówek powinno być co najmniéj 10 razy tyle soli kuchennéj co sublimatu, czyli roczyn 100 gramowy powinien zawierać 1 grm. sublimatu, a 10 gramów soli kuchennéj.

Przetworu tego można używać tak wewnętrznie, jak i do wstrzykiwań podskórnych. Emil Stern w Wrocławiu używał jeszcze w r. 1870 sublimatu połączonego z nadmiarem soli kuchennéj na wewnątrz w przypadkach kiły z rezultatem wcale pomyślnym (*Berliner klinische Wochenschrift.* Nr. 35, 1870 i 1878, 5 str. 60.), a później dopiero stósował go do wstrzykiwań podskórnych i wyraża się o przetworze tym nader pochlebnie zaznaczając dla niego pierwsze miejsce między wszystkiemi przetworami rtęciowemi użytemi do wstrzykiwań podskórnych. Również wielkie pochwały oddaje mu Gschirhakl, który leczył przypadki kiły na oddziale prof. Redera w Wiedniu za pomocą tego przetworu biorąc jednak mniéj nieco soli kuchennéj, niż prof. Maly zaleca, bo zamiast 10 grm., tylko 6 grm. na 100 grm. płynu. (*Wiener medic. Wochenschr.* 1877. Nr. 10, 12, 13 i 14.)

(Dalszy ciąg nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

P. Bruns (w Tybindze): **Uwagi o przeciwgnilnym opatrunku.**

1) Domowy wyrób składników przeciwgnilnego opatrunku. Aby opatrunek przeciwgnilny mógł być ogólnie używanym, muszą składniki jego znacznie spaść w cenie, gdyż przy dotychczasowym pociąganiu tychże z fabryk, koszt takiego leczenia jest bardzo znacznym. Prof. Nussbaum w Monachijum, który, jak to na przeszłorocznym zjeździe lekarzy niemieckich podał, rocznie spożytkowuje około 40,000 metrów gazy antyseptycznéj, założył przy szpitalu parową fabrykę tejże na małą skalę. I referent wyrabia od kilku lat w szpitalu św. Łazarza gazę antyseptyczną według metody, którą Lesser podał w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Że zaś powyższa fabryka wymaga dosyć znacznego nakładu bo do tysiąca złr. a i sposób przez referenta używany nie jest bez zachodu, przeto sądzę, że metoda przez Brunsa podana znajdzie chętnych adeptów osobliwie w kolegach na prowincyi, którzy nie rozporządzają znaczniejszemi funduszami. Ułatwienie polega na têm, że wyrób gazy odbywa się na zimno a więc, że nie potrzeba do tego żadnych osobliwych przyborów. Przepis jest następujący: 1 kgm. gazy pozbawionéj tłuszczu (10 metrów kosztuje u Maagera 1 złr. 80 c.) polewa się płynem składającym się z 2000 kub. cm. wyskoku, 400,0 żywicy (*colophonium),* 40,0 olejku rącznikowego (celem nadania gibkości) i 100,0 kw. karbolowego. Tym sposobem otrzymujemy po wyschnięciu gazę zawierającą 10% kw. karbolowego.

Również poleca B. gazę napojoną kw. będźwinowym a którą wyrabia w sposób następujący: Na 1 kgm. gazy daje się 100,0 Acid. Benzoic., 40,0 Ol. Ricin. i 2360 kub. cm. wyskoku.

2) W przypadkach gdzie nie można założyć opatrunku przeciwgnilnego, jak np. przy częściowéj zgorzeli, przy znacznych zmiażdżeniach itp., radzi B. używać nieustającego zraszania za pomocą środków przeciwgnilnych a za najlepszy środek uważa pod tym względem octan glinu, gdyż tenże nawet w bardzo słabym rozczynie 1 : 1000 powstrzymuje gnicie i dobrze odwania. Celem otrzymania 3% rozczynu podaje następującą formułkę: Rp. Aluminis 72,0, Plumb. acetic. 115,0, Aq. q. s. ut f. solut. 1000. M. filtra.

Do użytku trzeba płyn ten rozcieńczyć jeszcze podwójną ilością wody, tak aby otrzymać 1% rozczyn. Ranę należy pokryć gazą czystą we dwoje złożoną, aby płyn skraplany dobrze się po niéj rozchodził. Okolicę rany najlepiéj jest posmarować jakimś tłuszczem, aby uniknąć zadraźnienia tych części. (*Berl. klin. Woch.* 1878. Nr. 29.). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XIII. z dnia 3go lipca 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 14.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31.)

3) Kol. Dembowski przedstawił chorą z oddziału prymaryjusza kol. Obalińskiego. Przedstawiona chora podaje, iż cierpienie rozpoczęło się u niéj w grudniu r. 1877 dotkliwym bolem w przedramieniu prawém, oraz obrzmieniem i zaczerwienieniem; bóle zmniejszyły się nieco, gdy się zrobiły po stronie zewnętrznéj dwa otwory, z których ropa w dość znacznéj ilości wypływała. Z końcem lutego przybyła chora do szpitala w następującym stanie: Wzrost średni, skóra blado-żółta, podudzia i stopy lekko obrzmiałe, temperatura wieczorna 39·6°, tętno 120, język suchawy, pragnienie, brak apetytu. W innych narządach niema zmian chorobowych. Badanie odnogi wykazało: Odnoga prawa w stawie łokciowym zgięta pod kątem prostym: ruchy w tym stawie bardzo ograniczone, ale nie bolesne, tak czynne, jak bierne. Przedramię w całości mocno obrzmiałe i dość twarde, po stronie kości łokciowéj znachodzą się dwa wrzody wielkości talara, z których jeden tuż poniżéj stawu łokciowego, drugi w saméj połowie kości. Na dnie pierwszego wrzodu widać kość obnażoną, wyszczerbaną wielkości czworaka, ale nie ruchomą. Od wrzodów tych prowadzą zatoki w rozmaitych kierunkach, z których można wygnieść znaczną ilość brudnéj mocno cuchnącéj ropy. Od czasu przyjęcia choréj, tj. od 28 lutego, do dnia w którym wykonano operacyję, tj. 5 marca 1878 ciepłota wieczorna dochodziła 38·7 — 39·6°; tętno słabe, osłabienie ogólne znaczne. W tych warunkach przystąpiono do operacyi i po zachloroformowaniu choréj wykonał kol. Obaliński cięcie podłużne, po stronie zewnętrznéj wzdłuż kości łokciowéj i przez otwór ten wyjęto dość łatwo całą kość łokciową, któréj $^3/_4$ górne części były nekrotyczne, dolna zaś 4ta nie; mimo to jednak i ta część wyłuszczyła się z okostnéj; staw łokciowy okazał się otwartym, a koniec stawowy kości barkowéj nekrotyczny powierzchownie. Krwawienie było początkowo bardzo małe; ranę tamponowano watą salicylową. Wyjęto zatém w tym przypadku całą kość łokciową, z pozostawieniem okostnéj; rana zajmuje $^3/_4$ przedramienia i jest zupełnie otwartą. Chora przestała po operacyi gorączkować, apetyt się zwiększył, granulacyje zaczęły zwolna występować z brzegów i głębi rany. Przy dyjecie pożywnéj i środkach tonicznych ustąpiło obrzmienie odnóg dolnych. Początkowo używano opatrunku Listerowskiego, po wypełnieniu rany ziarniną, maści borowéj. Prawidłowy przebieg gojenia rany zakłócony został wystąpieniem zimnicy, przyczém granulacyje zbladły i pokryły się wypociną. Po ustąpieniu zimnicy rozpoczęło się prawidłowe gojenie rany, zabliźnienie posuwało się od brzegów ku środkowi, a w $1^1/_2$ miesiąca po operacyi była rana zupełnie zabliźnioną. W kilka dni po zupełném zabliźnieniu spostrzeżono wzdłuż kości sprychowéj wrzodzik wielkości centa pokryty brudną wypociną: wrzód ten zaczął się rozszerzać, oraz drążyć w głąb, a zgłębnik napotykał kość obnażoną, chropawą wielkości centa. Wrzód ten dążył coraz bardziéj w głąb, a ponieważ nie zmniejszał się pomimo najstaranniejszego opatrzenia karbolowego, zalecono wewnętrznie jodek potasu a maść rtęciową na wrzód,

przypuszczając zakażenie kiłowe, (pomimo iż nie można było wybadać kiły) skutek leczenia tego okazał się dobrym, granulacyje wypełniły ranę, oczyściły się i wrzód zaczął się zmniejszać. Obecnie okazuje przedstawiona chora bliznę, wzdłuż przebiegu kości łokciowéj. W miejscu téj kości natrafiamy na kość nowoutworzoną z okostnéj. Ruchy odnogą wykonywa w całości; w stawie łokciowym zgięta pod kątem rozwartym; wrzód nad kością sprychową pokryty bujną zabliźniającą się ziarniną. Wynik operacyjny tak pomyślny jak w przedstawionym przypadku zasługuje na uwagę szczególnie z tego względu, iż w piśmiennictwie znachodzimy zaledwo kilka tak szczęśliwie zakończonych przypadków. W dyskusyi wspomina kol. Obaliński, że przed kilkoma laty przedstawiał chorego z podobnym procesem chorobowym; przed laty 20 skazana byłaby taka ręka na amputacyję, dziś może być uratowaną. Kol. Blumenstok zapytuje się ze stanowiska sądowo lekarskiego, czy ręka taka jest zdolną do pracy? Kol. Obaliński odpowiada, że orzeczenie stanowcze byłoby możebne tylko na podstawie licznych obserwacyj, a podobnych przypadków nie wiele zanotowanych znachodzimy w literaturze; do ciężkiéj pracy będzie ta ręka prawdopodobnie niezdatną, w każdym razie jednak użyteczną przy ruchach nie bardzo złożonych. Kol. Blumenstok twierdzi, że byłoby pożądaną rzeczą, niespuszczać choréj z uwagi; ciekawém byłoby wiedzieć, jak np po 2 — 3 latach stan téj ręki przedstawiać się będzie.

4) Kol. prof. Blumenstok mówi o obserwowanym razem z kol. Żuławskim przypadku sądowolekarskim obrażenia głowy u kobiety 70-letniéj za pomocą młota kamieniarskiego ważącego 7 kilo. Nastąpiło złamanie kości bocznéj z wgnieceniem na wewnątrz. W 6 tygodni po obrażeniu przy badaniu sądowolekar. i oczyszczeniu rany wyjęto odłamek kostny, na którym znajdowała się drobna szczelina, a w niéj wklinowanych było kilkanaście włosów, które przy badaniu mikroskopowém okazały się końcami włosów gładko odciętych. Śmierć kobiety nastąpiła we 2 miesiące po obrażeniu a sekcyja wykazała: wgniecenie kości na wewnątrz oraz włókniste zabliźnienie złamania, *pachymeningitis haemorrhagica interna*, zapalenie płuc obustronne. Liczne jamki wielkości pestki od wiśni w obu płucach obok ropienia znalezionego w ranie kostnéj przemawiają za zapaleniem płuc zatorowém. Prelegent okazuje tak odłamek z włosami zaklinowanemi, wyjęty za życia, jakoteż wypiłowaną przy sekcyi część sklepienia czaszkowego, w któréj znajdowała się rana i stwierdza, że zachodzi przypadek całkiem podobny opisanemu przez Königa w dziele chirurgiczném (1 wydanie, tom 1, str. 19.), wreszcie podaje uwagi nad znaczeniem włosów wklinowanych w szczeliny czaszkowe odwołując się do przypadków Brunsa, Hofmanna i Schlemmera.

W dyskusyi podnosi kol. Warschauer, iż w ocenianiu przypadków sądowych powinien być lekarz nadzwyczaj ostrożnym, a pożądaną byłoby rzeczą seminaryja dla lekarzy sądowych. Kol. Majewski zapytuje się, czy zapalenie płuc wystąpiło z powodu ropnicy czy też zatoru? Kol. B. odpowiada, że w przypadku danym rozchodziło się, czy zapalenie płuc powstało z zatoru czyli też była to t. zw. *pneumonia ab ingestis (Schluckpneumonie)*; ponieważ ostatnią formę można było wykluczyć, przemawiało tém bardziéj za pierwszą zapalenie ropne w kościach czaszkowych. Kol. Obtułowicz wspomina o podobnym przypadku z praktyki sądowéj: mężczyzna został uderzony kamieniem w głowę; skutkiem urazu czaszka pękła; w tydzień późniéj zapadł pacyjent na zapalenie stawu kolanowego, które go po niejakim czasie zmusiło do leżenia w łóżku, wkrótce wystąpiły odleżyny, a w 3 miesiące zmarł skutkiem zapalenia płuc. Kol. O. pojmuje to jako ropnicę. Kol. Warschauer twierdzi, że w przypadku opowiedzianym przez kol. prof. Blumenstoka nie można na pewno twierdzić, czy zapalenie płuc pochodziło z zatoru prostego, czy ropnicy. Kol. Obaliński podnosi, że niepotrzebnie została rzecz zawikłaną, gdyż istota jéj pozostanie ta sama, chociaż rozmaitych nazw użyć można. Co do wklinowania włosów w szczelinę pękniętéj czaszki, potrzeba zdaniem kol. prelegenta narzędzia kończastego, gdyż rozchodzi się tu o odcięcie włosów i następne wklinowanie pomiędzy brzegi szczeliny. Kol. Obaliński sądzi, że włos nie musi być przeciętym, ażeby został wklinowany; uderzenie może nastąpić pod kątem przez narzędzie nie ostre, a wywoła pęknięcie skóry i kości z następowém wklinowaniem włosów w kształcie pętli. Prelegent odpowiada, że w opisanych 3 przypadkach wiedeńskich badano włosy pod mikroskopem i przekonano się, że były odcięte, o pętli niema wzmianki. Zdaniem kol. Dembowskiego należałoby kość rozłupać, ażeby się przekonać czy niema w niniejszym przypadku uwięzionéj pętli.

Na tém dyskusyję zakończono, a posiedzenia odroczono do października. *Dr. Wurst.*

V. Listy ze Lwowa.

Szanowna Redakcyjo! Z radością spieszę uwiadomić, że Wydział krajowy powziął 2 sierpnia br. niezmiernie ważne uchwały pod względem reorganizacyi służby dozorców w zakładzie umysłowo chorych w Kulparkowie.

Uchwały te są:

A. 1) Ustanowić w zakładzie na Kulparkowie dla służby oddziałowéj cztery stopnie płacy:

Na oddziale męzkim:

a) Trzech posługaczy po 15 złr. miesięcznie i wikt II klasy. Ci mają być użyci do pomocy nadzorcy po jednym na każdém piętrze, *b)* sześciu posługaczy po 12 złr. miesięcznie, *c)* dziesięciu po 10 złr. miesięcznie, *d)* reszta po 8 złr. miesięcznie i wikt III klasy.

Na oddziale kobiet:

a) Trzy posługaczki po 12 złr. miesięcznie, *b)* sześć posługaczek po 10 złr., *c)* dziesięć posługaczek po 8 złr., *d)* reszta po 7 złr. i wikt III klasy.

2) Polecić Dyrektorowi, ażeby liczbę służby oddziałowéj stosował do liczby obłąkanych, licząc na oddziale mężczyzn średnio jednego posługacza na 6 chorych, zaś na oddziale kobiet jedną posługaczkę na 7 obłąkanych.

3) Polecić Dyrektorowi, aby z funduszu powstałego z grzywien nałożonych przez niego na służbę oddziałową udzielał w ciągu roku posługaczom i posługaczkom nagrody za gorliwe pełnienie obowiązków. W nadzwyczajnych zaś przypadkach ma Dyrektor odznaczających się przedstawić Wydziałowi krajowemu do wynagrodzenia.

4) Polecić Dyrektorowi, ażeby wprowadził w życie systematyczną naukę dla służby oddziałowéj pod swoim kierunkiem.

5) Polecić Dyrektorowi, ażeby wprowadził wspólny stół dla służby.

6) Polecić Dyrektorowi, aby powyższe postanowienia wykonał z dniem 1 września b. r.

B. Przygotować sprawozdanie do Sejmu donoszące o tych zarządzeniach z wnioskiem o przyznanie służbie oddziałowéj prawa pobierania emerytury z funduszu zakładu w razie okaleczenia i nieudolności do pracy w ten sposób, żeby po wysłużonych dziesięciu latach mogli pobierać $\frac{1}{3}$ ostatniéj swéj płacy, po 20 latach $\frac{2}{3}$, zaś po 30 latach całą płacę.

Daj Boże, żeby reorganizacyja ta tak pożądana oddawna mogła być zaprowadzoną i w innych krajowych szpitalach we Lwowie i Krakowie.

Lwów dnia 5 sierpnia 1878. *J. S.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, d. 8 sierpnia. Miniser oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował na rok szkolny 1878/79 do komisyi dla egzaminów ścisłych lekarskich w uniwersytecie krakowskim: komisarzem rządowym prof. Dra Lucyjana Rydla, jego zastępcą prof. Dra Maurycego Madurowicza; koegzaminatorem przy drugiém rygorozum Dra Stanisława Pareńskiego, prymaryjusza szpitala św. Łazarza, jego zastępcą prof. Dra Le-

ona Macieja Jakubowskiego; koegzaminatorem przy trzeciém rygorozum prof. Dra Antoniego Rosnera, jego zastępcą Dra Alfreda Obalińskiego, prymaryjusza szpitala św. Łazarza.

-- W sprawie przeniesienia klinik do szpitala św. Łazarza, o któréj donosiliśmy w Nrach 30 i 31 Przeglądu, otrzymujemy następujące sprawozdanie szczegółowe, które dla ważności przedmiotu umieścić pospieszamy.

(?) Komisyja w sprawie przeniesienia klinik do szpitala św. Łazarza, o któréj donosiliście w Nr. 30 Przeglądu Lekarskiego, odbywała swe czynności w dniach 25, 26 i 27 lipca. Zebranie pełnéj komisyi poprzedzały narady poufne proff. klinicznych Drów Bryka, Korczyńskiego i Rosnera w obecności sekretarza Namiestnictwa pana Ottmana i Dziekana Wydziału prof. Dra Piotrowskiego. W sprawie zaprowadzenia oszczędności w wydatkach utrzymania klinik, których domagało się Ministerstwo Oświaty od wszystkich uniwersytetów monarchii na żądanie Rady Państwa, zebrani przechodząc ściśle wszystkie pozycyje wydatków przyszli do zgodnego przekonania, że przyczyną stosunkowo znacznego kosztu utrzymania klinik krakowskich (około 28·000 rocznie) jest ich odrębność jako małego zakładu leczniczego, którego administracyja musi pociągać za sobą koszta daleko większe, aniżeli klinik złączonych z większemi szpitalami powszechnemi i że jedynym radykalnym środkiem zaoszczędzenia funduszów państwowych jest wcielenie klinik do szpitala. Przeniesienie klinik do szpitala, tak jak to ma miejsce we wszystkich miastach uniwersyteckich, uznali zebrani, zgodnie ze zdaniem poprzednio już wyrażoném przez Wydział lekarski, także jako jedyny środek zapobiegający niedostateczności materyjału naukowego, który przeważnie w klinice lekarskiéj i chirurgicznéj dotkliwie uczuć się daje. Uznając w zasadzie potrzebę przeniesienia wszystkich klinik do szpitala św. Łazarza, wyrażono życzenie przeniesienia na teraz przynajmniéj kliniki lekarskiéj do jednego z nowowybudowanych pawilonów, zaś gdyby to z powodu braku miejsca nie było możebném zgodzono się na przedstawienie potrzeby budowania klinik na gruncie do szpitala św. Łazarza należącym.

Na właściwém posiedzeniu piérwszém komisyi, które odbyło się w obecności Delegata Wydziału krajowego Dra Hoszarda pod przewodnictwem Delegata Namiestnictwa Radcy Ministeryjalnego p. Zaleskiego, oświadczył Dr. Hoszard imieniem Wydziału krajowego, że zgadza się w zasadzie, by Zarząd szpitala objął za zwrotem kosztów zarządu (Regiekosten) administracyję klinik, jeżeli takowe przeniesione zostaną do szpitala św. Łazarza, że jednakże obecnie kliniki nie mogą zająć żadnego z nowowystawionych budynków, gdyż takowe zaledwie wystarczą na umieszczenie chorych szpitalnych. Zdaniem Dra Hoszarda byłoby najlepiéj, gdyby Rząd wybudował kliniki na gruncie szpitalnym na folwarku zwanym „blich“, a w tym celu Wydział krajowy odstąpiłby Rządowi grunt pod budowę potrzebny za czynszem wieczystym.

W obec tego oświadczenia Delegata Wydziału krajowego komisyja uchwaliła przedstawić Wysokiemu Ministerstwu potrzebę budowania klinik na gruncie szpitalnym.

Na témże posiedzeniu załatwiono także dwie pomniejsze kwestyje dotyczące kliniki położniczéj i kliniki chorób skórnych. Jak wiadomo podjął się Wydział krajowy po przeniesieniu kliniki położniczéj do domu Brodowicza za wynagrodzeniem 2000 złr. rocznie zarządzać tą kliniką i dostarczać żywności, leków i potrzeb leczniczych. Umowy téj Wydział krajowy nie mógł wykonać z powodu znacznéj odległości téj kliniki od szpitala i niemożności umieszczenia własnéj administracyi, zrzekł się więc rocznego wynagrodzenia i płaci Rządowi po 90 grajcarów dziennie za każdą chorą w téj klinice leczoną. Na corocznie powtarzane żądanie Rządu objęcia w administracyję kliniki położniczéj Wydział krajowy odpowiada niemożnością wykonania pierwotnéj umowy. I tym razem oświadczył Delegat Wydziału krajowego, że stosunek prowizoryczny dotychczasowy musi być utrzymany i że umowa pierwotna administrowania kliniki położniczéj może wejść w życie dopiero po przeniesieniu kliniki położniczéj na grunt szpitalny. Klinika chorób skórnych istnieje od lat kilkunastu w szpitalu św. Ducha, a Rząd nie ponosi z tego powodu żadnych kosztów. Ponieważ przy przenoszeniu kliniki chorób skórnych ze szpitala św. Ducha do szpitala św. Łazarza wynikną dla funduszu szpitalnego znaczniejsze koszta adaptacyjne, przeto Wydział lekarski przedstawił Rządowi potrzebę opłacania pewnéj rocznéj sumy przynajmniéj za salę wykladową do kliniki należącą. Delegat Wydziału krajowego oznaczył sumę tę za umieszczenie całéj kliniki chorób skórnych na 300 złr. rocznie.

Drugie posiedzenie komisyi miało na celu bliższe porozumienie się co do oszczędzenia wydatków klinicznych i sformułowania wniosków w sprawie przeniesienia klinik do szpitala.

W pierwszéj sprawie uchwalono zmniejszyć wydatki apteczne przez rozpisanie licytacyi na dostawę leków tak, by aptekarze naprzód oświadczyli, ile żądają nad ceny fabryczne za leki taksą nieobjęte, które obecnie przy dowolności cen stanowią ważną rubrykę wydatków. Zarazem zgodzono się na podniesienie opłaty dziennéj (kurtaxe) z 50 kr. na 65 kr. dziennie, w którym to razie taksa szpitalna będzie zawsze o 10 kr. droższą od opłaty klinicznéj, a fundusz edukacyjny wydawać będzie rocznie przeszło 2000 złr. mniéj na utrzymanie klinik.

Potrzebę przeniesienia klinik do szpitala a względnie budowy klinik na gruncie szpitalnym uchwalono motywować tak względami naukowemi, jakoteż względami oszczędności, obliczywszy, że obecnie utrzymanie dzienne chorego wynosi przeszło 1 złr. 60 kr., zaś przy wspólnéj administracyi szpitalnéj wyniesie zaledwie 1 złr. 20 kr. Między innemi dodano, że budynki zajmowane obecnie przez kliniki będą mogły być użyte na pomieszczenie zakładu fizyjologicznego, farmakologicznego, weterynaryjnego, zakładu dla patologii ogólnéj, kancelaryi Wydziału lekarskiego i sali posiedzeń, dla których to zakładów musianoby i tak stawiać wkrótce osobne budynki. W zasadzie zgodzono się, że klinika położnicza na gruncie szpitalnym stanąć mająca musiałaby rozporządzać odrębnym budynkiem, lub co najmniéj mogłaby być połączoną z kliniką okulistyczną w jeden budynek, ażeby do takowéj nie mogły się dostać pierwiastki chorobowe z kliniki lekarskiéj i chirurgicznéj.

W razie gdyby Ministerstwo z jakiegokolwiek powodu nie zgodziło się z projektem budowania klinik na gruncie szpitalnym, uchwaliła komisyja przedstawić potrzebę niezbędną wystawienia na gruncie klinicznym osobnego budynku dla kliniki chirurgicznéj i budynku administracyjnego.

Spodziewać się należy, że sprawa ulepszenia stosunków klinik krakowskich tak stanowczo podjęta przez Ministerstwo a przeprowadzona przez Namiestnictwo zostanie przynajmniéj w zasadzie rychło i korzystnie załatwioną i że kliniki krakowskie doczekają się raz przecież stosowniejszego umieszczenia i urządzenia. Chętność i wyrozumiałość naczelnika biora szpitalnego w Wydziale krajowym, który na posiedzeniu komisyi złożył niezbite dowody dbałości o dobro klinik i połączonego z takowemi wykształcenia młodzieży lekarskiéj pozwala również spodziewać się, że układy między Rządem a Wydziałem krajowym o zakupno gruntu szpitalnego i o warunki przejęcia administracyi klinik przez Zarząd szpitala doprowadzą do pożądanego skutku.

(?) Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego jest najmniéj uposażonym ze wszystkich wydziałów lekarskich monarchii austryjackiéj. Według zamknięcia rachunkowego z roku 1876 przedłożonego Radzie Państwa wydatki zwyczajne na utrzymanie wydziałów lekarskich wynosiły w Wiedniu 305,130 złr., w Pradze 190,846, w Gracu 89,238, w Insbruku 68,754, zaś w Krakowie tylko 51,361. Uwzględniając liczbę uczniów, która w półroczu letniém 1876 r. wynosiła w Wiedniu 780, w Pradze 269, w Gracu 44, w Insbruku 134, w Krakowie 143, średni wydatek roczny na jednego ucznia wynosi w Gracu 2028 złr., w Pradze 709 złr., w Insbrucku 513 złr. w Wiedniu 391 złr., w Krakowie tylko 359 złr. Dzieląc roczne wydatki zwyczajne (z pominięciem nadzwyczajnych) przez liczbę promocyj wypada, że jeden uczeń promowany na doktora kosztuje w Pradze 3029 złr., w Gracu 2974 złr., w Wiedniu 2104 złr., w Insbruku 1809 złr., zaś w Krakowie tylko 1351 złr. Cyfry te wymowniejsze od najdłuższych wywodów.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 29 (od 14 do 20 lipca włącznie) umarło w Krakowie osób 44; 21 mężczyzn i 23 kobiet; 19 osób w obwodach i 25 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 40,7. Z chorób zakaźnych umarło w tymże czasie osób 8, mianowicie: 1 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z duru powrotnego, 1 z róży, 3 z czerwonki.

W tygodniu 30 (od 21—27 lipca włącznie) umarło w Krakowie osób 29; 12 mężczyzn i 17 kobiet; 18 osób w obwodach i 11 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 26,9.

* **Paryż.** Dn. 1 b. m. otwarty został międzynarodowy Zjazd higijenistów przemową ministra handlu i rolnictwa. Prezesem jest Gubler; obrady trwać będą przez 10 dni. W dniach zaś 12, 13 i 14 b. m. odbędą się posiedzenia nadzw. towarzystwa sądowolekarskiego paryskiego pod przewodnictwem p. Devergie, na których roztrząsane będą liczne kwestyje sądowolekarskie. *(Le Progrès médical 31.)*

* *Journal officiel* ogłasza rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitéj z d. 20 Czerwca rb., mocą którego wchodzi w życie nowy przepis co do egzaminów lekarskich. Studyjum medycyny według tego przepisu trwać będzie 4 lata, po ukończeniu których kandydat zdaje pięć egzaminów, wykazawszy się poprzednio z prac praktycznych w zakładach i w anatomii, oraz z 2-letniéj praktyki szpitalnéj. Czesne za 4 lata wynosi 520, a opłata egzaminów 840, razem 1360 franków. *(Progrès médical.)*

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny w Hali Dr. Holländer otrzymał tytuł profesora. — Dr. Roloff w Berlinie, członek ces. niem. urzędu zdrowia, zamianowany został tajnym radcą lek. i dyrektorem berlińskiéj szkoły weterynarskiéj.

Starszymi lekarzami w armii rezerwowéj austryjackiéj zamianowani Drowie Józef Dziembowski (w pułku 57ym) i Tytus Wasylewski (w 1ym pułku ułanów).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. J. MAJERA: Roczny przyrost ciała u ludności galicyjskiéj między 20 a 23 rokiem życia, jako przyczynek do jéj charakterystyki fizycznéj oznaczony co do Rusinów. Kraków 1878. (Osobne odbicie z T. II. Zbioru Wiadomości antropol.) in 8vo, str. 34.

Dra A. JURASZA, docenta w Heidelbergu: Laryngoskopija i Choroby krtani. I. Laryngoskopija ozdobiona 43 drzeworytami. Kraków 1878, in 8vo, str. 80. Cena 2 złr. 25 c. (Wydanie Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lek. w Krakowie.)

(Z dzieł tych zdamy sprawę niezadługo.)

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 441.

KONKURS.

Wydział powiatowy Podhajecki rozpisuje konkurs na prowizoryczną posadę lekarza ordynującego przy szpitalu powszechnym w Staremmieście przy Podhajcach, stabilizacyja téj posady co najmniéj po roku praktyki nastąpić może. Na mocy reskryptu wys. Wydziału krajowego z dnia 10go lipca b. r. L. 36638 mogą kompetować o tę posadę tylko Panowie Drowie wszech nauk lekarskich, albo Doktorowie medycyny i chirurgii; pensyja oznaczona budżetem przez Radę powiatową 500 złr. rocznie, termin wnoszenia podań do kancelaryi Wydziału powiatowego oznacza się do 20 sierpnia b. r.

Z Wydziału Rady powiatowéj
w Podhajcach 25go lipca 1878.
J. Kozicki.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 17 Sierpnia 1878. **Nr. 33.** Rok XVII.

I. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski,**
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

3) Róża.

Różę tak zwaną samoistną *(erysipelas idiopathica)* za przykładem Trousseau'a większa część autorów uważa obecnie za taką samą jak różę traumatyczną, gdyż prawie zawsze da się wykazać jakieś owrzodzenie najczęściéj nosa lub ucha, od którego ona początek bierze.

Że róża jest zaraźliwą, nie ulega wątpliwości, jednak nigdy nie staje się pospólną jak inne choroby zakaźno-zaraźliwe. Orth doświadczył zaraźliwości róży u zwierząt. (Zuelzer, Erysipelas w dziele Ziemssena II. I. 2. str. 418.)

W 23 przypadkach przekonał się, iż surowica z bąbli róży u ludzi istniejącéj, tudzież z części skóry różą dotkniętéj na zwierzęta przeszczepiona wywoływała różę u zwierząt, a krew tych zwierząt w podobny sposób była zaraźliwą. W tkaninach różą dotkniętych znajdowali Hueter, Neuveu, Wilde, Orth i Wahlberg mnóstwo prątków kulistych *(bacterium punctatum*, Ehrenberg; *microsphaera*, Cohn), szczególniéj w surowicy te tkaniny przesiąkającéj, w mniejszéj ilości we krwi. Prawdopodobnie obecności tych prątków przypisać należy zaraźliwość róży, szerzenie jéj się w nieprzerwanéj ciągłości w skórze *(per continuitatem)*, jakoteż z drugiéj strony ogólne przypady, które ona wywołuje. Z tego też powodu podług Huetera znakomitym ma być środkiem przeciw róży wstrzykiwanie podskórne kwasu karbolowego 3%. Ponieważ jednak wstrzyknięcie podskórne 1 gramu roczczynu 3% kwasu karbolowego wstrzymuje tylko różę w obszarze kilku centimetrów, dlatego tylko wtedy można się spodziewać skutku po wstrzykiwaniach, jeśli róża niewielką tylko zajęła przestrzeń tak, iż 2 — 5 strzykawek Pravaza wystarczy do zupełnego pokonania róży na całéj téj przestrzeni. Dlatego téż tylko w początku choroby można się spodziewać pomyślnego wyniku z tego sposobu leczenia. *(Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 24, 25. 1878. *Przegląd Lekarski* Nr. 30. 1878.)

4) Ostre zapalenie pęcherza moczowego.

Choroba ta często polega na fermentacyi tj. na dostaniu się zaczynów do pęcherza moczowego, które do rozwoju swego potrzebując wiele tlenu rozkładając mocznik (z przybraniem wody) na dwutlenek węgla, amoniak i czysty tlen.

$$\underset{\text{mocznik}}{C_2H_4N_2O_2} + \underset{\text{woda}}{H_2O_4} = \underset{\text{amoniak}}{2\,(NH_3)} + \underset{\text{dwutlenek węgla}}{CO_2} + \underset{\text{tlenek węgla}}{CO} + \underset{\text{tlen czysty}}{3O} \text{ *)}$$

Czy zaczyny te dostają się do pęcherza moczowego wprost zewnątrz np. przy kateteryzowaniu, lub przy szerzeniu się nieżytu z cewki moczowéj na pęcherz *(per continuitatem)*, czy dostają się z napojami do ustroju np. przy użyciu młodego nie wystałego piwa (a więc jeszcze z zaczynem drożdżowym), czy téż dostają się one w skutek przeziębienia do gruczołów potnych i do obiegu krwi, a ztąd do pęcherza moczowego, skutek zawsze jest ten sam: powstaje ostre zapalenie pęcherza m. z rozkładem moczu powyżéj wyluszczonym. Tworzenie się amonijaku zawsze katarowi i zapaleniom pęcherza towarzyszące jest więc niejako produktem ubocznym z rozwoju grzybków wynikającym. Zapalenie pęcherza moczowego często jak wiadomo powstaje w skutek przeziębienia i wtedy nazywano je dawniéj zapaleniem p. gośćcowém *(cystitis rheumatica)*, którą to nazwę analogicznie do innych zboczeń przeziębnych i dla zapalenia p. ostrego, przeziębnego słusznie można przyjąć. Młode piwo jest jedną z często wydarzających się przyczyn zapalenia pęcherza m.

Przy częstéj kateteryzacyi trudno się uchronić od wywołania ostrego lub przewlocznego zapalenia pęcherza m., gdyż zaczyny chorobowe nader łatwo z moczociągiem, albo

*) Besanez, *Lehrbuch der org. Chemie* 1860. str. 69 twierdzi, iż mocznik pod wpływem gnijących ciał rozpada się na amoniak i dwutlenek węgla tj. $C_2H_4N_2O_2 + H_2O_4 = 2(NH_3) + C_2O_4$ lecz tylko powyżéj podany rozkład odpowiada naszéj teoryi czystego tlenu wymagającéj.

z powietrzem w moczociągu zawartém dostają się do pęcherza m. Dlategoto już Traube zalecał, aby używać srebrnych moczociągów, a przed użyciem zawsze je zanurzyć w wrzącéj wodzie; elastycznych zaś nigdy drugi raz nie używać. Mosler w Pradze zauważył ostre zap. pęcherza moczowego po wstrzyknięciu doń roztworu taninu. W taninie tym postrzeżono mnóstwo drobnych grzybków.

Obecnie właśnie leczę chorego około 60-letniego mężczyznę cierpiącego porażenie pęcherza m., które jak to często w podeszłym wieku bywa od czasu do czasu się nawraca; powiększenie się gruczołu krokowego przyczynia się do trudnego oddawania moczu. Po jednotygodniowéj kateteryzacyi, gdy chory pewne go dnia sam kilkakrotnie próbował zakładać moczociąg, nastąpił silny dreszcz, a już w kilka godzin zmiana w twarzy, upadek sił, gorączka z majaczeniem; mocz stał się gęsty, brudny, mętny, podobny zupełnie do żuru lub do roztworu drożdży, amonijakalny, nadzwyczaj cuchnący; w nim mnóstwo ciałek ropy. Zadałem choremu salicylan sodowy w odwarze kory peruwiańskiéj (Rp. Decocti cort. peruv 10·00 ad 200·00 Natri salicyl. 5·00 Syr. aur. 20·00. MDS. Co godzinę po łyżce pierwszego i drugiego dnia, trzeciego dnia co dwie godziny).

Trzeciego dnia mocz zupełnie przestał cuchnąć, ale był jeszcze mętny. Ponieważ wystąpiło ogłuchnięcie, więc zaleciłem używać tylko co trzy godziny po łyżce tego samego lekarstwa, co téż chory jeszcze przez dwa tygodnie powtarzał tj. dopóty, dopóki trzeba go było kateteryzować. Trzeciego dnia gorączka i groźne przypady ustąpiły. Szóstego dnia mocz jaśniejszy przestał oddziaływać alkalicznie, pływały w nim tylko strzępki, a po dłuższém staniu nieznaczny osad na dnie się tworzył. Jakkolwiek dreszcze jeszcze raz się powtórzyły, to mocz nie przybrał więcéj cech poprzednio wymienionych, podczas gdy zazwyczaj tak bywa, iż gdy raz wśród kateteryzowania wystąpi mocz ropiasty, cuchnący, to dopóty przypad ten się utrzymuje, dopóki chorego się kateteryzuje. Jestto więc dowód, że kwas salicylowy i w tym przypadku usuwa fermentacyję w moczu, podobnie jak ją usuwa w piwie, mleku, we krwi gośćcowych. W podobny sposób wstrzykiwanie wody karbolowéj do pęcherza moczowego zapaleniem dotkniętego usuwa cuchnienie rozkładającego się moczu i robi go jaśniejszym, przeźroczystszym, czyli usuwa fermentacyję.

II. Choroby zakaźne, niezaraźliwe czyli miazmatyczne.

Różnią się tém od chorób zaraźliwych *(morbi contagiosi)*, iż zaczyny tych chorób rozmnażają się zewnątrz ustroju, podczas gdy zaczyny chorób zaraźliwych do skutecznego rozwoju koniecznie potrzebują ustroju ludzkiego, w którym jedynie rozmnażać się mogą.

5) Zimnica.

Zdaje się niepodlegać wątpliwości, że zaczyn bagienny *(malaria)* wywołujący zimnicę *(febris intermittens)* należy do wodorostów *(algae)*, którego zaroduiki, w okolicach bagnistych rozmnażające się, wiatr w sąsiednie miejscowości roznosi.

Amerykanin Salisbury (Hertz: *Malariainfectionen* w Ziemssenie II, 1 2. str. 555.) znalazł w plwocinach osób zimnicą dotkniętych komórki podługowato-okrągłe, zszeregowane, które odnosił do wodorostu „palmella", a który znalazł także na taflach szklanych nad bagnami w dolinach rzek Ohio i Missisipi. Wodorosty te umieszczone gdziekolwiek w pokoju wywoływać miały w krótkim czasie zimnicę. Fakt ten jednakże nietylko nie został przez innych lekarzy stwierdzony, ale nadto Wood stanowczo mu zaprzecza, gdyż wraz z towarzyszem swoim sypiał on po kilka miesięcy w pokojach, w których hodowano różne gatunki palmelli i połykał takowe, a jakkolwiek jest skłonny do zimnicy ani razu nie uległ w tym czasie téj chorobie. Tak więc należy jeszcze daléj poszukiwać zaczynów zimnicy. Że one bowiem istnieją, dowodzą tego nietylko codzienne spostrzeżenia dotyczące sposobu szerzenia się zimnicy, ale nadto i złogi barwikowe w narządach wewnętrznych u osób na zimnicę dłuższy czas cierpiących stale i obficie znachodzące się. Że zaczyn zimnicy także drogą gruczołów potnych dostaje się do ustroju, przemawia za tém ta okoliczność, że i w téj chorobie gruczoły potne znajdują się w stanie zadraźnienia i to silnego, gdyż jak wiadomo choroba ta odznacza się obfitemi potami, daléj ta okoliczność, którą na sobie samym kilkakrotnie stwierdziłem, iż przebywając w bagnistéj okolicy dostawałem zimnicy wtedy najczęściéj, gdy się spociłem i na spoconą skórę zadziałał wiatr chłodny, raz gdy przemokłem w podróży, raz gdy przeziębiłem się w kąpieli, innemi słowy przeziębienie sprzyja powstaniu zimnicy, co dowodzi, że i zaczyn bagienny przez prąd dośrodkowy dostaje się do gruczołów potnych i do krwi.

Z téj téż zasady wychodząc użyłem na sobie samym metody ochronnéj przeciw zimnicy, która do tego czasu wybornie mi sprzyja. Od 3 bowiem lat nagabywany byłem ciągle przez zimnicę, w skutek czego przez tygodnie i miesiące karmić się musiałem chininem. Objawy w streszczeniu były następujące: Zazwyczaj w kilka lub kilkanaście dni gdy zaprzestałem zażywać chinin lub chinidyn, występowały bóle w łydkach, późniéj w udach, bez dreszczów i bez gorączki, które tylko w pierwszych występach choroby się pojawiały. Towarzyszyło tym bólom znużenie w całém ciele, osłabienie ogólne, brak łaknienia, niewielki ból i ociężałość głowy, niewielkie powiększenie śledziony, cera charłaczna, zimnicza, w nocy poty, wreszcie przygnębienie moralne. To trwało dopóty, dopóki nowe i spore dawki chininu ($^1/_2$ — 1 grama na dzień) przez kilka tygodni używane choroby na jakiś krótki czas nie zażegnały.

Za radą Fleuryego i Moslera spróbowałem natrysku zimnego skierowanego na okolicę śledziony. W tym celu poszedłem pod tusz spadowy przy młynie urządzony, którego prąd grubości uda z wielką siłą pionowo spada. W ciągu kilkunastu takich kąpieli natryskowych dwukrotnie napady zimnicze znacznie się wzmogły a raz niemając już zimnicy przez pewien przeciąg czasu po takiéj natryskowéj kąpieli nieco przedłużonéj właśnie na nowo nią nagabnięty zostałem, tak, iż natrysków wodą stawową wyrzec się musiałem.

Powstanie zimnicy w tym razie tłumaczę sobie w ten sposób, iż zaczyn bagienny po nad stawem nagromadzony przez zbytnie oziębienie nieprzygotowanéj do tego skóry do wnętrza ustroju na nowo się dostał w sposób przy przeziębieniu opisany, albo téż, że zaczyny nagromadzone w śledzionie przez zbytnie zadraźnienie tejże do obiegu krwi wyparte zostały.

Próbowałem tedy inne środki. Arsen, sól kuchenna, środki gorzkie, pobyt w Krynicy, elektryzowanie śledziony, okłady borowinowe na okolicę śledziony stósowane sprawiały przerwę w chorobie lecz mało co dłuższą nad czas przez który środki te były stósowane.

Gdy śród niniejszéj pracy przyszedłem do przekonania, że zaczyn bagienny najprawdopodobniéj przez skórę zakaża ustrój, wtedy nasunęło mi się następujące rozumowanie: Chinin, arsen etc. etc. mogą wytępić zaczyny zimnicze, które się do ustroju dostały, mogą więc powstrzymać napady zimnicze; nie mogą jednak przeszkodzić by nowe zaczyny do ustroju się nie dostały, skoro pośród nich jest się przymuszonym żyć, niemogą więc środki te przeszkodzić, nawrotom choroby, nie można od nich wymagać więcéj, niż są w stanie zrobić. Potrzeba radykalniejszych szukać środków. Najradykalniejszym byłoby wytępienie zaczynów bagiennych, ale to jest niemożliwém, bo ich nie znamy, a niemożliwém prawdopodobnie byłoby i wtedy gdybyśmy je poznali, chybabyśmy bagna osuszyli. Gdy to pojedyńczemi siłami wykonać się nie da, nie pozostaje nic innego, jak przenieść się do okolicy, w któréj nie ma zaczynów bagiennych, albo téż uczynić ustrój nieprzenikliwym dla zaczynów bagiennych, czyli innemi słowy trzeba hartować skórę zawsze w przypuszczeniu, że przez skórę najłatwiéj wnikają zaczyny bagienne. Chwyciłem się więc

najprzód ostatniego sposobu. Podczas gdy objawy zimnicze przez chinidyn znacznie przytępione zostały, początem używać natrysków zimnych w domu. Przy pomocy dwóch cew gutaperkowych urządziłem nad baliją natrysk jeden spadowy, drugi w górę bijący o cienkim prądzie do wysokości osoby stojącéj. Wstając i udając się na spoczynek używam natrysku przez 3 — 5 minut. Pół konewki wody źródlanéj zimnéj wystarcza do jednorazowego użycia. Od czasu natryskiwania się tj. od kilku miesięcy jestem zupełnie wolny od wszelkich objawów zimniczych, a doświadczenie to utwierdza mnie w przekonaniu, że przez skórę dostają się zaczyny bagienne, a zapewne i wiele innych zaczynów chorobowych do ustroju, tudzież, że pojęcie to jest wielkiéj wagi dla terapii profilaktycznéj.

Różnica w skutkach między natryskiem w stawie pod młynem używanym a natryskiem wody źródlanéj pochodziła zapewne ztąd, iż po pierwsze atmosfera nad stawem a może i woda jest przepełniona zaczynami bagiennemi, powtóre, iż zbyt długo trwający zimny natrysk może przemienić prąd odśrodkowy w skórze na dośrodkowy w skutek zbytniego oziębienia warstwy gruczołów potnych a wtedy wniknięcie zaczynów tem bardziéj jest ułatwione. Natrysk więc powinien być stósowany w domu, wodą nie stojącą lecz bieżącą np. źródlaną, w któréj najmniéj zaczynów bagiennych spodziewać się można, powinien dotyczyć całéj skóry a nie tylko okolicy śledziony dla tego powinien być wstępujący i zstępujący, nie powinien trwać zbyt długo, aby nie oziębić zbytnie warstwy podskórnéj gruczołowéj. W ten sposób byłaby wytłumaczona skuteczność zimnych natrysków kąpieli, obmywań w zimnicy zachwalanych przez Curriego (1805), Fleryego, Priesnitza, Moslera i innych. Skuteczność ta jak mniemam polega więcéj na zahartowaniu skóry, tj. lepszém domykaniu otworów skórnych niż na działaniu natrysków na śledzionę.

W ogóle gościec i zimnica mają kilka punktów analogicznych, obydwom sprzyja przeziębienie, oba odznaczają się obfitemi potami, oba dadzą się przerwać środkami przeciwfermentacyjnemi, lecz zaczyny gośćcowe niszczy w wyższym stopniu kwas salicylowy, zaczyny bagienne chinin snadniéj niż kwas salicylowy. Co się tyczy dreszczów to zdaje się, że powstają one zawsze ile razy krew zakażoną zostaje nowemi zaczynami chorobotwórczemi i tak zakażona oblewa sieć Malpighiego w skórze. (Takiego zdania jest Billroth: (*Allgem. chirurg. Path. u. Ther.* Berlin 1872, str. 397.) Czy to zaczyny są bagienne, jak przy zimnicy, czy przeziębne jak przy gośćcu, zapaleniu płuc, katarach, czy takie jakie odpowiadają innym chorobom zakaźnym ostrym np. płonicy, ospie etc. albo jakie odpowiadają ropnicy, gnilnicy, zawsze wywołują one dreszcz, uczucie zimna, łamania, a z tego wnosić można, że przy zimnicy tyle razy zaczyn zimniczy na nowo w ustroju samym wytwarza, lub ze śledziony do krwi się dostaje, ile razy powstaje świeży napad dreszczów, zatém w zimnicy codziennéj codziennie itp. Dalszemu rozwojowi zaczynów nie towarzyszą dreszcze, lecz gorączka, co będziemy się starali w jednym z następnych rozdziałów wytłumaczyć.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. Z Prosektoryjum szpitala powszechn. lwowskiego.

Przyczynek do kazuistyki wrodzonego ułożenia całego jelita grubego w lewéj połowie jamy brzusznéj, połączonego z wadą rozwojową kresek jelitowych.

Opisał Dr. **Longin Feigel**,
Prosektor szpitala powszechnego we Lwowie.

(Rzecz przedstawiona w Tow. Lek. galicyjskiém.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 32.)

Ażeby zrozumieć sposób powstawania téj nieprawidłowości, należy przypomnieć pokrótce sposób rozwoju jelit u płodu. Według Köllikera (*Entwickelungsgeschichte d. Menschen u. d. höheren Thiere* 1861, str. 359.) część przewodu pokarmowego od gardziela aż do prostnicy, t. zw. jelito środkowe (*Mitteldarm*), przebiega pierwotnie u płodu prosto z góry na dół i ma zupełnie jednakie wymiary. Około 6 tygodnia życia płodowego odcinek górny tego jelita, tj. przyszły żołądek opatrzony z tyłu krótkiém śródjeliciem, zaczyna się wypukłać a wreszcie i skręcać tak, iż lewa jego powierzchnia staje się przednią, prawa tylną, a śródjelicie przyczepione do zakrzywienia wielkiego, skręcone zostaje na lewo i ku dołowi; to śródjelicie jest przyszłą siecią wielką. Część jelita po żołądku następująca niema śródjelicia i pozostaje dlatego zawsze przy kręgosłupie z tą różnicą, że w skutek okręcenia się żołądka przybiera położenie najpierw ukośne na zewnątrz, schodzi potém pionowo na dół i wraca pod kątem prostym ku lewéj stronie i ku górze, tworząc więcéj niż połowę koła około głowy trzustki, a wreszcie przechodzi w jelito czcze. Część ukośna górna i część zstępująca są w stanie prawidłowym tylko z przedniéj strony pokryte otrzewną, dolna poprzeczna część zaś niema pokrycia otrzewną, a leży tylko pomiędzy blaszkami śródjelicia okrężnego.

Następna część jelita tworzy bardzo wcześnie pętlę, któréj ramiona górne i dolne leżą blisko siebie, a która posiada z tylnéj swéj strony śródjelicie, przebiegające według kręgosłupa prosto z góry na dół, szczytem zaś zwróconą jest ku pępkowi. W 6tym tygodniu tworzy się w pętli tylnéj (dolnéj), blisko jéj szczytu małe obrzmienie, późniejsza kątnica, która odgranicza już jelito cienkie od grubego. Wkrótce rozpoczyna się téż okręcenie obu ramion pętli téj około siebie, a dzieje się ono w ten sposób, iż ramię dolne przegina się najpierw na lewo, potém w górze na prawą stronę po nad ramieniem górném, które natenczas leży już poniżéj. W 3im miesiącu płodowego życia jelito grube tworzy już długi łuk, który sięga z lewéj miednicy małéj aż do żołądka i tu pokryty jest przez sieć wielką. Odróżniamy wtenczas dobrze wykształconą okrężnicę zstępującą, krótką okrężnicę poprzeczną, zaledwie po za linię środkową na prawo sięgającą i maleńką okrężnicę wstępującą, któréj kątnica leży prawie w linii środkowéj. Śródjelicie (*mesocolon*), które jest wszędzie dobrze wykształcone, ułożyło się w skutek okręcenia pierwotnéj pętli w dolnéj części na stronę lewą, w górze nad jelitem cienkiém, z którém potém się zrasta; jelito zaś cienkie leży coraz liczniejszemi zwojami swemi częścią w wklęsłości łuku jelita grubego, częścią do prawo od okrężnicy wstępującéj. W 4 i 5tym miesiącu księżycowym okrężnicy wstępującéj jeszcze brakuje, wedle Köllikera bowiem okrężnica wstępująca 3go miesiąca użyta zostaje do przedłużenia okrężnicy poprzecznéj, a kątnica leży w tym czasie w prawém podżebrzu pod wątrobą (wedle Treitza okrężnica poprzeczna i wstępująca równocześnie się powiększają). Dopiero w drugiéj połowie życia płodowego schodzi okrężnica wstępująca powoli ku jamie biodrowéj prawéj od podżebrza prawego (wedle Treitza na dół i na prawo od przyczepienia swego w 3cim miesiącu płodowym, Treitz *Hernia retroperitonealis* 1857, str. 116.). Jakkolwiek bądź, jelito grube przyrośnięte do górnéj części otrzewny jelita czczego, pociąga schodząc ku dołowi do jamy biodrowéj prawéj i kreskę jelita czczo-biodrowego do kątnicy, widzimy więc w stanie prawidłowym kreskę jelit cienkich uczepioną do tylnéj ściany brzusznéj pod trzustką i schodzącą i ukośnie od góry i lewéj strony na dół i w prawą stronę ku kątnicy. Położenie jelit wzajemne zależy więc głównie od okręcenia, jakiego doznają

ramiona pierwotnéj pętli jelitowéj w wczesnym już okresie życia płodowego, a które zależy nie tyle od warunków mechanicznych (jak okręcenia sznurka pępkowego także od strony lewéj ku prawéj), ile zapewne i od szczególnych zjawisk wzrastania jelit, jakie tu mają miejsce (Kölliker).

Co się tyczy sieci wielkiéj, to ta w 2gim miesiącu przedstawia wzdłuż zakrzywienia wielkiego żołądka małą listewkę, która w 3cim miesiącu ma już szerokość połowy żołądka. Skoro okrężnica poprzeczna jest już wykształconą i sięga do linii środkowéj (również w 5im miesiącu), sieć wielka pokrywa takową, lecz nie zrasta się z nią; dopiero późniéj zrasta się tylna blaszka sieci wielkiéj z górną blaszką śródjelicia poprzecznego i z samą okrężnicą poprzeczną.

Wracając po tém zboczeniu do naszego przypadku, widzimy, że jelito same jest zupełnie wykształcone i prawidłowo długie, uderzają jednak w niém następujące zboczenia od stanu prawidłowego: *a)* nieprawidłowy rozwój i ułożenie dwunastnicy, *b)* brak okręcenia prawidłowego jelita grubego w około i nad jelitem cienkiém, a ztąd lewostronne rozwinięcie się całego jelita grubego i *c)* nieprawidłowy rozwój kresek jelitowych.

Treitz (l. c. str. 125 — 136) opisując 4 przypadki, mniéj lub więcéj podobne do naszego (z których 2 przypadki pochodzą z Krakowa, a to 1 tyczący się kobiety 58-letniéj zmarłéj w szpitalu św. Łazarza dnia 11 stycznia 1852, a 2gi z kliniki prof. Bierkowskiego, dotyczący dziecięcia 3-miesięcznego zmarłego dnia 24 listopada 1854 r.), zwraca i słusznie szczególniejszą uwagę na stan dwunastnicy. Takowa wykształca się, jakto widzieliśmy, bardzo wcześnie, bo już w 2gim miesiącu płodowego życia, tworząc zakrzywienie szczytem skierowane na prawo i ku tyłowi. Zakrzywienie to wyjaśnia jednak Treitz w sposób następujący (str. 132): Jelito płodowe jest w miejscu, w którém zaczyna się początek jelita czczego, silniéj przyczepione do tylnéj ściany brzusznéj, na co już J. Müller zwrócił uwagę, Treitz zaś wykazał, że przyczepienie to odpowiada właśnie mięśniowi wieszadłowemu dwunastnicy, o którym powyżéj wspomnieliśmy. Część jelita pomiędzy żołądkiem a jelitem czczém nieposiada jak wiemy kreski, leży więc po za otrzewną bezpośrednio na tętnicy głównéj. Skoro więc część ta zacznie wzrastać i przedłużać się, musi ona pozostać między dwoma stale umocowanemi punktami a od tyłu przyparta do ściany brzusznéj wypuklać się ku przodowi, późniéj zaś dopiero obejmując głowę trzustki występuje szczytem skrzywienia na prawo. Od ustalenia zatém początku jelita czczego przez mięsień wieszadłowy zależy długość i kształt dwunastnicy. Jeżeli bowiem zabraknie mięśnia tego, dwunastnica nie może się rozwinąć, jakto ma miejsce w przypadku Treitza A., w którym właściwie niema dwunastnicy, a jelito od odźwiernika przechodzi pionowo w jelito czcze, opatrzone od samego żołądka kreską. Jeżeli zaś mięsień wieszadłowy leży za głęboko i ku prawéj stronie, to dwunastnica, jakto ma miejsce w naszym przypadku, staje się za długą, a wtedy zamiast kształtu podkowy tworzy zakrzywienie esowate i wychodzi przed nerką i z prawéj jéj strony w jelito czcze. W takich przypadkach nie może jednak jelito grube dokonać swego okręcenia na prawą stronę, napotyka bowiem nie jelito przytwierdzone do kręgosłupa, lecz jelito wolne, tak, że brakują warunki mechaniczne do przyczepienia się jego i przejścia na prawą stronę; lub też jelito grube nie może wcale dosiągnąć zakrzywienia dwunastnico-wo-czczego, ponieważ ono samo przesunięte jest jak najbardziéj ku stronie prawéj, to jest, zakrzywienie pętli jelita grubego nie wystarcza, ażeby tylny koniec tego łuku tj. kątnicę przeprowadzić. Jelito grube zostaje zatém na stronie lewéj od jelita cienkiego w takiém położeniu, jakie miało w 3cim miesiącu życia płodowego, a późniéj dopiero kątnica zsuwa się w skutek wydłużania jelita grubego, a po urodzeniu i w skutek ciężaru swego ku dołowi, jakoteż tworzą się pogięcia jelita grubego pod żołądkiem i śledzioną, jak w naszym przypadku.

Spostrzeżenia te Treitza widzimy i w naszym przypadku i innych, jak np. Grubera (I przyp.), wybitnie występujące, tak że wadę rozwoju dwunastnicy należy w takich przypadkach niewątpliwie uważać jako bardzo ważny, a może jedyny czynnik do rozwinięcia się podobnéj wady rozwojowéj, jak w opisanym przypadku.

Z tego, cośmy powyżéj powiedzieli, wynika, że zmiany z któremi mamy do czynienia w naszym przypadku wytworzyły się w okresie 3go i 4go miesiąca księżycowego, poczém i nadal rozwinęły się do tego stopnia, w jakim je napotkaliśmy. Za tém przemawia bowiem to, że jelito grube leżało już całkowicie z lewéj strony jamy brzusznéj, lewa połowa okrężnicy poprzecznéj była już utworzoną i sięgała już nieco po za linię środkową na prawą stronę jamy brzusznéj; sieć wielka, która w 4tym miesiącu zaczyna zrastać się z śródjeliciem i okrężnicą poprzeczną, uczepiła się już do okrężnicy wstępującéj, co dowodzi, że takowa zaczęła się rozwijać; zrosła się jednak w sposób nieprawidłowy i z dwunastnicą, kreską wspólną jelita cienkiego i częścią okrężnicy wstępującéj, śledzioną i boczną lewą ścianą brzuszną, co wyklucza z drugiéj strony dużo późniéjszy okres wytworzenia się téj nieprawidłowości.

Przypadki podobne do naszego opisuje Neugebauer (Caspers *Wochenschrift* 1850, Nr. 38 i 39), Treitz, z którego 4 przypadków najbardziéj zbliżony do naszego jest przypadek A, Gruber (przyp. I *Bullet. de l'Academie des sc. de St. Petersbourg* 1862 T. V, Nr. 2), przypadek bardzo podobny do naszego. Podobne przypadki, jednakowoż z równoczesną wrodzoną przepukliną pępkową opisują Mery (1716), Sandifort (1777) i Meckel *(Handb. d. pathol. Anatomie I)*, prócz tego zaś opisuje prof. Fleischmann *(Leichenöffungen* spostrz. 16 i 24) 2 przypadki położenia kątnicy z lewéj strony, które jednakowoż tu nie należą, gdyż w obydwu przypadkach okrężnica poprzeczna i zakrzywienie wątrobowe *(flexura hepatica)* były prawidłowo ułożone. Wszystkich więc przypadków takich bez powikłań znanych jest w piśmiennictwie 5 (z tego 3 z Krakowa), a powikłanych z przepukliną pępkową nadto 3 przypadki; od ostatniego zaś przypadku Grubera w r. 1862 nie został żaden nowy tego rodzaju opisany, co usprawiedliwia dostatecznie naszą uwagę, że przypadki tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie.

Prócz opisanych nieprawidłowości spotykamy jednak, podobnie jak to ma miejsce w przypadkach Treitza A i B i w Grubera przypadku I, zupełnie odmienne od prawidłowych stosunki kresek jelitowych, które stoją po części w pewnym związku rozwojowym z poprzednio omówionemi zmianami. Zmiana ta kresek, którą powyżéj dokładnie opisaliśmy i podobne, polegają wedle prof. Grubera na zlaniu się wszystkich lub niektórych części kresek jelitowych w mniejszą ilość, które cechują się nadmierném rozwinięciem w porównaniu z częściami takiemiż kresek prawidłowych. Zlanie się zaś takie kresek polega na pozostaniu kresek w pewnym stopniu rozwoju płodowego. Prof. Gruber, dla którego wady rozwojowe kresek stanowią od dawna przedmiot poszukiwań, ze-

brał też w r. 1862 wszystkie odnośne przypadki z własnego doświadczenia i z obcych spostrzeżeń i ułożył (*Archiv. f. Anatom., Physiologie u. wissenschaftl. Medicin* 1862 str. 606 i 607) zestawienie wszystkich znanych przypadków tego rodzaju, od najbardziéj wczesnego do coraz późniejszego wstrzymania rozwoju płodowego kresek. Szereg ten uzupełniamy przypadkami późniéj jeszcze przez Grubera (w r. 1864 i 1865) podanemi i naszym przypadkiem i pozwalamy sobie podać takowe raz, ponieważ dają treściwy pogląd na wszystkie stopnie zmian tych, a powtóre ponieważ obejmują i całą literaturę tych przypadków; od r. 1865 nie został bowiem, o ile mi wiadomo, również żaden podobny przypadek opisany.

Zestawienie to będzie więc obecnie następujące:

a) przy jelicie pozostałém w bardzo wczesnym stopniu rozwoju:

1) kreska wspólna dla całego jelita, przyczepiona w linii środkowéj tylnéj ściany brzusznéj Cabrol, Bellet, Dionis (W Meckla *Handb. d. path. Anat.* T. 1, 1812 str. 519. C. Rokitansky *Lehrb. d. path. Anat.* S. 183. Förster *Missbildungen d. Mensch.* 4. str. 122.)

b) przy jelicie mniéj lub więcéj wykształconém:

2) Kreska wspólna dla całego jelita, przyczepiona w linii środkowéj, Cruveillier (*Dict. de Med. et. Chirg. prat.* Tom 1. 1829, abdom. str. 67.) Gruber przyp. 6 (z r. 1864). (*Archiv. f. Anat. Phys. u. wissensch. Medic.* 1864 str. 484).

3) Kreska wspólna dla całego jelita, przy podniesionéj już okrężnicy zstępującéj, Gruber przyp. A. IV. (l. c. 1862, str. 589).

4) Kreska wspólna dla całego jelita, przyczepiona gzygzakowato, przy lewostronném ułożeniu i podniesieniu całéj okrężnicy, Treitz przyp. A. (*Hernia retroperitonealis* 1857 str. 126.)

5) Kreska wspólna dla jelita cienkiego i grubego aż do okrężnicy zstępującéj, Treitz przyp. B. (l. c. str. 127). Gruber przyp 1. (*Bullet de l'Acad. Imp. des sc. de St. Petersbourg* 1862. T. V, 2 p. 49). (przy przewrotném położeniu wszystkich trzew Gruber 1865) (*Arch. f. Anat. Phys. u. wisensch. Medic.* 1865 str. 558).

6) (nowy numer) Kreska wspólna dla jelit cienkich, okrężnicy wstępującéj i prawéj połowy okrężnicy poprzecznéj, Gruber przyp. 5, 1864 (l. c. str. 482).

7) kreska wspólna dla jelit cienkich i okrężnicy wstępującéj z kątnicą, Rokitansky (l. c. III. str. 189), Gruber przyp. B. (V) (l. c. 1862 str. 595). Gruber przyp. 4, 1864 (l. c. 1864 str. 480); przy lewostronném ułożeniu całego jelita grubego nasz przypadek.

8) Kreska częściowo istniejąca wspólna dla jelita cienkiego i okrężnicy wstępującéj z kątnicą (Gruber i inni.)

9) Śródjelicie okrężnicy wstępującéj (Gruber i inni).

Co do czasu, w jakim rozwój kreski jelita cienkiego w naszym przypadku powstrzymanym został, to takowy ograniczyć należy do 3ciego miesiąca księżycowego tj. kreska pozostała w takim stanie, w jakim ją zostawiła część dolna pętli, usuwając się ku stronie lewéj i skręcając pod żołądek, z tą tylko różnicą, że rosła ona w wysokości i szerokości w miarę wzrastania jelit cienkich. Podstawa części kreski płodowéj należąca do górnéj części pętli pierwotnéj pozostała i dla przyszłego jelita cienkiego, i tu widzimy, podobnie jak w przypadkach Treitza A, C i D, wadę rozwojową polegającą na podwójném śródjeliciu z lewéj strony kreski, podczas gdy w przypadkach innych, w których kreska płodowa części środkowéj staje się po wielkiéj części i kreską jelita grubego, z niém razem przesuwa się z lewéj strony ku prawéj i na dół aż do kątnicy i przyrasta silniej do ścian brzusznych, a w ten sposób oddziela się od kresek jelit cienkich, znajdziemy tylko jedno śródjelicie możebném i wytłumaczoném. (Gruber (l. c. 1862 str. 600, Treitz przyp. B. i E.)

Jeżeli z przypadków lewostronnego ułożenia jelita grubego, powyżéj przytoczonych, wykreślimy te, które nie były równocześnie połączone z wadą rozwojową kresek jelit cienkich taką jak w naszym przypadku, jakoto: przyp. Neugebauera, Treitza C i D, Meryego, Sandiforta i Meckla, to pozostaną tylko przypadki Treitza A i B, przypadek Grubera 1. i nasz, razem więc tylko 4 znanych dotąd przypadków, w których obok zmian rozwojowych dwunastnicy i lewostronnego ułożenia jelita grubego, nadto i kreska przedstawia wadę rozwojową, mianowicie jest do pewnéj części wspólną dla jelita cienkiego i grubego.

O ile pozostanie takie jelit na stopniu niskim rozwoju i ułożenie takie wywiera za życia wpływ na wypróżnianie, trawienie i stan ogólny człowieka, dotychczas mało wiemy. Treitz jednak (l. c. str. 135 i 136) zauważa, że przypadek A. zdarzył się u choréj umysłowéj, a w przypadku D, który obserwował prof. Bierkowski, istniały wymioty po jedzeniu, złe odżywienie, niedokrewność, konwulsyje i napady padaczkowe, które wytłumaczyć można zastoinami brzusznemi i rozkładem treści jelitowéj; sekcyja wykazała bowiem w jelicie grubém ogromną ilość gazów i masy papkowéj cuchnącéj zgnilemi rybami. W naszym przypadku chory był miernie odżywiony, za krótko jednak i już w stanie konającym był on w szpitalu, tak że zapisków odnośnych niema wcale. Jak przy sekcyi jednak widzieliśmy, jelito grube było nadmiernie kałem i gazami rozdęte a przechodzenie treści bardzo było utrudnioném, tak że za życia łatwo mogło powstać gwałtowne zatkanie i zwykłe potém następstwa. Z osadzenia podstawy kreski na bardzo małéj przestrzeni, a ztąd wielkiéj ruchliwości jelit cienkich wynika nadto, na co Rokitansky (l. c. str. 189) zwraca uwagę, niebezpieczeństwo okręcenia się jelit około siebie lub kreski około swéj osi, a takie przypadki zdarzać się mogą nawet u płodu i stać się przyczyną częściowego braku przewodu pokarmowego (str. 182).

Co się wreszcie tyczy możliwego rozpoznania takiego ułożenia jelit, to wspominamy tylko, że Treitz przypisuje wielkie znaczenie zstępywaniu jąder lub jajników dla obniżania się prawidłowego kątnicy, co udowadnia przypadkami i doświadczeniami na płodach czynionemi (l. c. str. 137). Ponieważ więc przy ułożeniu kątnicy z lewéj strony zadanie obniżania i pociągania za sobą kątnicy przypadnie zmarszczce płciowo-jelitnéj (*plica genito-enterica*) i jajowodowi lewemu, i takowe schodząc ku dołowi będą miały większy opór do przezwyciężenia, niż z prawéj strony, przeto i macica w takich przypadkach zdaniem Treitza musi być również ku stronie stale przechylona. W wątpliwych więc przypadkach mogłoby takie położenie macicy być rozstrzygającém dla rozpoznania lewostronnego ułożenia jelit grubych.

Zacnemu Koledze Drowi Henrykowi Mehrerowi, który łaskawie uskutecznił wedle natury rycinę do méj rozprawki, składam kończąc serdeczne podziękowanie.

III. Rana otrzewnéj.

Podał Dr. **Adolf Goldhaber** w Mielcu.

Dnia dwudziestego czerwca przyjechał po mnie pędem posłaniec z dworu w P. żądając natychmiastowéj pomocy dla dziewki przez byka pobodzonéj. Porwałem torbę z narzędziami i w 10 minutach byłem na miejscu.

W stajni na słomie zastałem 25-letnią Katarzynę N. zupełnie omdlałą i krwią zbroczoną.

Z jamy brzusznéj wysterczają przez obszerną ranę jelita i skrzepy krwi a przy bliższém rozpatrzeniu spostrzegłem dwie tętnice strzykające, które w téj chwili katgutem podwiązałem.

Następnie urządziłem w oficynach stół operacyjny i odpowiednie łóżko, poczém chorą dokładnie zbadawszy znalazłem następujący stan obecny:

Od górnego odcinka szpary sromowéj rozpoczyna się rana darta, która przebiega na 12 centimetrów ku górnemu kolcowi lewej kości biodrowéj a ztąd poprzecznie pod pępkiem a nieco skośnie ku górze na 21 centimetrów, tak że te dwie rany się schodzą w okolicy biodrowéj pod nieco zaokrąglonym kątem. Rana ta obejmuje skórę, mięśnie a w okolicy biodrowéj i otrzewnę i daje się płat wytworzony przez skórę i mięśnie odwinąć.

Otrzewna nieregularnie rozszarpana, a przez tę ranę wypadła pętla jelit wielkości sporéj pięści zupełnie skrzepami pokryta i słomą zanieczyszczona. Wydobyłem najprzód skrzepy, oczyściłem jelita nieco ogrzanym kwasem karbolowym jednoprocentowym i przekonałem się, że w jednym punkcie było jelito cienkie poprzecznie przecięte, założyłem szew Joberta i działając ciągle w mgle 1% kwasu karbolowego wcisnąłem jelita napowrót do jamy brzusznéj, co jednak dopiero po zespojeniu otrzewnéj zupełnie się udało. Tak jelito jak otrzewnę zespojono katgutem; następnie zeszyto górną ranę także katgutem i mimo woli w miejscu rozszarpanéj a zespojonéj otrzewny dostała się i takowa w szew, ranę zaś dolną musiałem zeszyć jedwabiem, bo mi zapas katgutu nie wystarczył; od górnego najwyższego kąta rany przeprowadziłem nieco skośnie ku dołowi dren długi a na całą ranę założyłem oprawę Listra. Podczas zeszywania podano rannéj trochę wina i takowa się wnet potém ocuciła.

Zaleciłem lewatywę z dodaniem olejku rącznikowego i zupełny spokój.

Wieczorem C. 38·2, t. 116. Po lewatywie był skutek natychmiastowy. Chora żali się na silny ból brzucha, którego się dotknąć nie można. Mocz zatrzymany cewnikiem upuściłem. Pragnienie znaczne, oprawa nie przesiąknięta. Chora niechętnie mówi, na twarzy maluje się ciężkie cierpienie, od czasu do czasu czkawka. Zaleciłem makowiec co pół godziny po 0·02 na dawkę.

21/6 chora w nocy trochę spała. C. 38·3 t. 108. Język biały, czkawka się utrzymuje; opatrunek przesiąknięty zdjęto. W okolicy biodrowéj lewéj stłumienie na szerokość dłoni; brzuch wzdęty bolesny, najwięcéj w miejscu stłumienia. Płyn przechodzi przez dreny. Mocz upuszczono cewnikiem, chora od trzech dni miesiączkuje, przeto na cewniku trochę krwi.

Zaleciłem makowiec co 2 godzinny 0·02, trochę czarnéj kawy, kleiku, a jako napój wodę lodową po łyżeczce.

W południe ciep. 38·1, tętno 115, stan ten sam, tylko chora nieco rozmowniejsza. Powiada, że przystąpiła do byka aby go uwiązać, a tenże zawsze łagodny, nagle się na nią rzucił, szarpnął rogiem od dołu, podniósł w górę a potém na bok odrzucił, co daléj się stało nie wie, bo przytomność odzyskała dopiero na stole operacyjnym.

Teraz mogłem sobie powstanie rany wytłumaczyć. Zwierzę wbiło róg w górny odcinek szpary sromowéj a podnosząc chorą na rogu w powietrze, zadało ranę skośno ku górze i lewéj stronie przebiegającą, a nagłém odrzuceniem choréj na prawo wywołało ranę poprzeczną. Że w okolicy biodrowéj lewéj róg niejako spoczywał, kiedy się zwierzę do drugiego zamachu przysposobiało, przeto w tém miejscu rana najgłębsza, bo przerwała się otrzewna a nawet i jelito się nadwerężyło.

Wieczorem C. 38·5 t. 112, opatrunek nie przesiąknięty, czkawka ustała, pragnienie mniejsze.

22/6 chora w nocy dobrze spala C. 37·1 t. 92, opatrunek przesiąknięty zdjęto, brzuch znacznie mniéj wzdęty i bolesny, stłumienie w jednéj mierze się wstrzymuje, płyn przez dreny przechodzący wyprowadza trochę ropy. Chora żąda jedzenia. Zalecono pięć razy dnia kleik, zaś żadnych lekarstw.

Wieczór C. 38·7 t. 100 opatrunek nie przesiąknięty odwilżono rozpylaczem, chora moczu jeszcze sama nie oddaje; takowy jest mętny, zawiera trochę śluzu. Okolica męcherza nieco przy ucisku bolesna. Zaleciłem dwuwęglan sodowy z morfinem.

23/4 Chora w nocy źle spała, czuła ból nad męcherzem, mocz oddawała kilka razy ze silném parciem i pieczeniem C. 38·6 t. 120, mocz mętny oddziaływa obojętnie, przy zagotowaniu woń amonijaku. Opatrunek przesiąknięty zmieniono. Brzuch jeszcze nieco wzdęty, w okolicy stłumienia i męcherza moczowego bolesny. Stłumienie w jednéj mierze. Kwas karbolowy drenem przestrzyknięty kilka kropel ropy przeprowadza; dren przy przesuwaniu ból sprawia, przeto dren u s u n ą ł e m.

Brzegi rany katgutem zespojone ładnie zlepione, nie tak dobrze brzegi jedwabiem zespojone; z powodu obawy aby szwy nie przedarły się, musiałem je odjąć a brzegi rany dolnéj przybliżyłem do siebie plastrami.

Stan ogólny: niespokój, pragnienie, zalecono nadal dwuwęglan sodowy z morfinem. Wieczór C. 37·9 t. 100, ból nad męcherzem mniejszy, parcie na mocz ustało, mocz jeszcze mętny. Morfin ze sodą.

24/6 c. 37·3 t. 84. Mocz czysty, parcie ustało, chora dobrze spała. Nad ranem był stolec obfity. Brzegi rany dolnéj mimo przylepca zupełnie się rozszerzyły i odstają na 1½ centimetra od siebie, ropienie nieznaczne.

Odtąd stan zupełnie dobry, chora odzyskuje apetyt, stłumienie znika z dnia na dzień, tylko rana od dołu ku kości biodrowéj zaczyna się brodawkami wypełniać, a wszelkie usilowania, aby brzegi rany do siebie przybliżyć na niczém spełzają, co po części można przypisać niespokojności choréj, która często nogą lewą rusza. Z téj przyczyny pozostawiłem dnia 1 lipca ranę w zwykłym opatrunku (skubanka w kwasie karbolowym maczana) pozostawiając zrośnięcie się rany ziarninom.

Stan w dniu dzisiejszym (9 lipca): od okolicy szpary sromowéj ku górze i lewéj stronie aż na 4 palce od kolca kości biodrowéj znachodzi się rana ziarniną pokryta, od brzegów się zabliźniająca, jeden centimetr szeroka a 9 centim. dluga, od górnego brzegu téj rany nieco w półkolu a potém skośnie pod pępkiem ku górze przebiega na drugą stronę żywota blizna nieregularna świeżo wytworzona, różowo zabar-

wiona. Z obydwu stron blizny pojedyncze małe blizny wielkości główki od szpilki, parami nad blizną środkową ułożone. Żywot nie okazuje nigdzie ani bolesności ani wzdęcia lub stłumienia. Ciepłota ciała prawidłowa, chora ma dobry apetyt i ma się zupełnie dobrze. W celu przyspieszenia gojenia się zaleciłem kąpiele nasiadowe i dalsze pozostanie w łóżku, aby przez chodzenie nie zadrażnić.

Godnemi uwagi są wszelkie następstwa tak rozległego i różnorodnego zranienia, jakie w powyższym przypadku widzimy.

Rozdarcie jelita i rozległe rozszarpanie otrzewnéj, połączone z tak wielkiém zranieniem ścian brzusznych przeszło prawie bez oddziaływania; chora nie gorączkowała, a zapalenie otrzewnéj było tak ograniczone i o małych rozmiarach, że tu prawie wcale w rachubę nie wchodzi. Świetny ten wynik przypisuję tylko oprawie Listra, a to tém bardziéj, że część rany zespojona katgutem pięknie się zagoiła, podczas gdy brzegi drugiéj rany zespojone jedwabiem, zupełnie się rozeszły i wyzdrowienie opóźniły.

Oprawy używałem podług pierwotnego podania takowéj przez autora, składającéj się z protektive, gazy karbolowéj, makintoshu i gazowéj opaski. Szyłem katgutem a gdy mi go zabrakło musiałem jedwabiem dokończyć.

Po zespojeniu rany miałem wewnątrz torbę w kształcie trójkąta; obawiając się zatrzymania ropy przeprowadziłem dren, który spoczywał na otrzewnéj pęcherza, gdy zaś zadrażnienie pęcherza powstało, musiałem sączek usunąć. Zadrażnienie to przemawia za nadzwyczajną czułością pęcherza.

Nakoniec wypada namienić, że ze strony chlebodawcy Katarzyna N., zwykła wiejska dziewczyna, była otoczona taką opieką, o jakiéj chory tylko w pierwszorzędnym zakładzie leczniczym marzyć może, co nie mało się przyczyniło do szczęśliwego wyniku.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. B. Kuessner w Hali: Cirrhosis hepatis.

Nie wdając się w szczegóły anatomo-patologiczne dokładnie omówione przez autora w niniejszéj rozprawie, zwiększającéj cenny zbiór odczytów wydawany od lat kilku pod redakcyją Volkmanna, zwłaszcza, że szczegóły te mają głównie na celu uzasadnienie znanego już pojęcia marskości wątroby jako zapalenia śródzrazikowego wątroby z przebiegiem przewłocznym (*Hepatitis interstitialis chronica*, Bamberger), nie mogę jednakowoż pominąć milczeniem w krótkiém mém sprawozdaniu niektórych cennych uwag autora pod względem dyjagnostycznym, a jeszcze bardziéj terapeutycznym.

Postępując za przykładem wszystkich autorów niemieckich rozróżnia autor dwa okresy cierpienia tego, zawdzięczającego swe powstanie niemal zawsze nadużyciu napojów wyskokowych, tj. pierwszy okres zwiększania się wątroby i drugi okres zaniku tego narządu. Rozpoznanie w wydatnych przypadkach marskości wątroby nie należy wcale do trudnych zagadnień na polu dyjagnostyki, jednakowoż zdarzyć się mogą przypadki mogące sprawiać trudności w rozpoznaniu nawet najbieglejszemu klinicyście. W okresie pierwszym cierpienia należy pamiętać przy ropoznawaniu ściślejszém: 1) o zwyrodnieniu tłuszczowém i klejniowém (dokładne wywiady pod względem ajtijologicznym i częstokroć przedsiębrane badania powierzchni i przedniego brzegu wątroby rozstrzygają wątpliwość), a 2) o nowotworach, szczególniéj zaś raku wątroby. W przypadkach należących do ostatniego rzędu wyczuć można zazwyczaj guzy bolesne zwiększające się w krótkim czasie. „*Hepar lobatum ex syphilide tardiva*“ cechuje się datami anamnestycznemi, zmianami pokrewnemi i przebiegiem. 3) Powiększenie wątroby na tle białaczkowém (*Leukaemia*) zbyt jest charakterystyczném w obec badania drobnowidowego krwi, aby pod tym względem mogła powstać jakakolwiek wątpliwość, którą w każdym razie dalszy rozwój cierpienia usunąć musi.

W okresie zaniku wątroby skutkiem ściągania się bliznowatego pasemek przerosłéj tkanki łącznéj międzyzrazikowéj trudności dijagnostyczne są jeszcze mniejsze, a dokładna obserwacyja chorego, zbadanie szczegółowe, czy nie ma zwłaszcza jakiéj wady sercowéj (*Hepar muscutulatum atrophicum*) usuwa wszelkie wątpliwości. Powiększenie śledziony obok zaniku wątroby, cera brudno-żółta chorego, nagromadzenie się płynu surowiczego w jamie otrzewnéj i następowa dopiero puchlina odnóg dolnych stanowią wybitne przypady przemawiające za marskością wątroby. Zatorowanie większych przewodów żółciowych sprowadza również po dłuższém czasie zanik wątroby, ale brakuje wówczas obrzęku śledziony i puchliny brzusznéj, żółtaczka zaś dosięga wysokiego stopnia. Zapalenie żyły wrotnéj (*Pylephlebitis adhaesiva*) zdarza się bardzo rzadko i przebiega szybko.

Co do zabiegów terapeutycznych należy przedewszystkiém pamiętać o ajtijologii cierpienia i zabronić używania napojów wyskokowych, uregulować dyjetę, a przeciw bolom w okolicy wątroby (*perihepatitis*) pojawiającym się w pierwszym okresie choroby zalecić kataplazmy obok miernego upustu krwi szczególniéj „*ad anum*“. *Amara et stomachica* podtrzymują apetyt i trawienie, żelazo, chinin, u Anglików salmiak i ipekakuana są również zalecane jako środki wywywierające wpływ zbawienny na nawały krwi do wątroby. Środki przeczyszczające, szczególniéj solne, które chłoną wodę i pobudzają wydzielanie, zasługują na baczne uwzględnienie obok lawatyw letnich. Z pomiędzy wód mineralnych cieszą się największém uznaniem ze względów co dopiero przytoczonych: wody karlsbadzkie, marienbadzka, Kissingen itd.

Trudniejszém jest zadanie lekarza praktycznego w późniejszych okresach cierpienia, a to tém bardziéj, że nie znamy dotąd środków powstrzymujących zanik wątroby skutkiem ściągania się pasem tkanki łącznéj wybujałéj, zadowolić się przeto należy, jeżeli nastąpi dobrowolny przestanek w rozwoju cierpienia, lub jeżeli nam się uda usunąć zboczenia następowe. Anglicy i wówczas zalecają chinin z żelazem; przedewszystkiém jednak należy krzepić i podtrzymywać siły chorego.

Leki moczopędne napotne lubo niezawsze, jednakowoż czasem wywierają działanie pożądane. Autor radzi co 2 lub 3 dni kąpiel ciepłą lub powietrzną (za pomocą zapalonego wyskoku), obwijanie następne chorych w koce wełniane i podawanie naparu z jaborandy (*Infus. Jaborandi ex 5,00 : 150*).

Jako środek ostateczny radzą autorowie nakłucie brzucha (*Punctio abdominis*) obok nacinań (*Scarificationes*) skóry, jeżeli puchlina doszła już do zastraszających rozmiarów. Operacyi téj dokonywa się zazwyczaj ze względu na *indicatio vitalis*, podczas gdy ona ma znaczenie wielkiéj doniosłości i zasługuje na to, aby ją wcześnie wykonywać, jak tego domaga się Murchison.

Wczesna bowiem punkcyja nie tylko że ułatwia wykształcenie się krążenia obocznego, co przedewszystkiém na

leży mieć na uwadze, ale nadto zwalnia od nacisku płuca, nerki i jelita ułatwiając wsysanie i wydzielanie, a więc i działanie leków poprzednio zadawanych bez skutku. Nie należy i o tém zapominać, że stosunki wsysania przez cały obszar otrzewnéj polepszają się znakomicie po wczesnéj punkcyi, jak tego dowiódł Wegner na podstawie swych doświadczeń. Murchison radzi dlatego wykonać punkcyję, skoro tylko brzuch miernie zostanie wydęty przez płyn nagromadzony w jamie otrzewnéj, a środki używane nie rozwijają skutecznego działania; zachować jednak należy tę ostrożność, aby resztę płynu pozostawić w jamie otrzewnéj. Wyniki postępowania tego rodzaju mają być dość dobre, a Lyons stwierdza je również na podstawie własnego w tym względzie doświadczenia. Ostatni ten autor robił u jednego chorego 36 punkcyj w odstępach 3—4 tygodniowych i za każdym razem wypuszczał 12—16 kwart płynu; jednakowoż w rok po ostatniéj punkcyi puchlina brzuszna pozostała na tym samym stopniu. Autor rozprawki pochwala również bardzo ten sposób leczenia, widział bowiem jako asystent prof. Naunyna w Królewcu zadowalające wyniki tego postępowania racyjonalnego.

Operacyja jest bardzo prostą i powszechnie znaną, jednakowoż nie należy zbyt jéj sobie lekceważyć, a szczególniéj należy i tutaj korzystać z metody antiseptycznéj, aby się uchronić od zapalenia otrzewnéj zdarzającego się czasami, lub od róży wikłającéj cierpienie samo przez się ciężkię w sposób niebezpieczny. Należy przeto miejsce na skórze brzucha wybrane do nakłócia zmyć mydłem i kwasem karbolowym i użyć trójgrańca również dokładnie oczyszczonego. Murchison używa trójgrańca więcéj płaskiego, rana bowiem przezeń zadana ma się prędzéj goić, niż po użyciu trójgrańca zwykłego kształtu obłego. Zdarza się bowiem czasami, iż rana po nakłuciu pozostała nie goi się zaraz, lecz płyn przez nią wciąż się sączy i właśnie w tych przypadkach łatwo zdarzyć się może zapalenie otrzewnéj.

Chociaż marskość wątroby należy do cierpień sprowadzających śmierć zazwyczaj, to jednak znane są przypadki w literaturze, że cierpienie to zatrzymuje się w swoim rozwoju i dozwala żyć choremu. (Hilton Fagge i Murchison, autor). Wówczas spełnia funkcyję organu pozostała jego część zdrowa, a w obec takich ewentualności zadaniem jest lekarza, ile możności zyskać na czasie i podtrzymywać siły chorego poruczonego jego umiejętnéj opiece. *Obt.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie IVte z dnia 27 lutego 1878.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 13.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia, oraz załatwieniu niektórych spraw administracyjnych

1) Sekretarz przedstawił gazowe wody lekarskie uproszczonego składu, wyrobu p. K. Rzący w Krakowie, przyczém wyłożył sposób przyrządzania, skład chemiczny i sposób użycia każdéj z wód przerzeczonych. Obecnie p. Rząca wyrabia według przepisów udzielonych poprzednio przez kom. baln., następne gazowe wody lekarskie: 1) Woda magnezyjowa. W 1000 cz. zawiera 2.0 węglanu magnowego. 2) Woda selcerska przyrządzona według ostatniego rozbioru chemicznego, wykonanego przez Freseniusa w r. 1872. 3) Woda litowa. W 1000 cz. 1,0 węglanu litowego. 4) Woda jodowa. W 1000 cz. 2.0 jodku potasu. 5) Woda alkalowo-potasowa (1000 cz. 1,0 węglanu potasowego). 6) Woda z dwuwęglanem żelazawym w 1000 cz. zawiera 0.0784 téj soli. 7) Woda z pyrofosforanem żelazawym mocniejsza zawiera w 1000 cz. 0.532, słabsza zaś 0.266 téj soli. 8) Szczawa sztuczna żelezista.

Z powodu okazania téj szczawy, powstającéj przez zmięszanie rozczynu dwuwęglanu i siarkanu sodowego gazem wysyconego z rozczynem siarkanu żelazawego prof. Dr. Olszewski namienia, iż nie ma pewności, czy powstaje podczas owego mięszania dwuwęglan żelazawy, albowiem ile razy w rozczynie mamy dwie sole, to nie można stanowczo orzec z jakiemi kwasami zasady się łączą. Mag. farm. Hoff mniema, iż przedmiot ten jako ściśle lekarski nie należy do kom. baln. i dlatego wnosi, aby traktowanie tegoż odstąpić Tow. lek. Przewodniczący prof. Dr. Korczyński natomiast uzasadnia, że rzecz ta ma ścisły związek z zadaniami kom. baln., w skutek czego predmiot roztrząsany wchodzi w zakres działania komisyi. Zastanowić się jednak wypada, czy sprawa przyrządzania gazowych wód lekarskich jest dla celów kom. pożądaną, czy komisyja może zasłaniać swą powagą owe wyroby, lub czy popieranie téj fabrykacyi nie należy ograniczyć do niektórych jedynie wód lekarskich uproszczonego składu. Zdaniem przewodniczącego wody przedstawione nie mogą w żaden sposób rywalizować z rodzimemi wodami lekarskiemi krajowemi, a to z wielu powodów. Najprzód nie są one wodami mineralnemi sztucznemi, w ściślém znaczeniu tego wyrazu. Powtóre lekarze mając zaś ustalone wskazania do użycia wód lekarskich rodzimych nie zaniedbują stosowania tychże w praktyce codziennéj, nie należy wreszcie wątpić o poczuciu obywatelskiém naszych lekarzy, które nakazuje im popierać zdrojowiska i krajowe wody mineralne. Żadne przeto niebezpieczeństwo nie zagraża wodom lekarskim naturalnym z téj strony. Według zdania mówcy przedstawione wody mają istotną wartość. Potrzeba sztucznéj wody selcerskiéj, w obec rozpowszechnionego jéj użycia, tudzież przyzwyczajenia się do niéj publiczności, które nie zezwala zastąpić owéj wody inną choćby nawet skuteczniejszą, jest aż nadto widoczną. Rodzimej wody litowéj dotychczas w kraju naszym nie posiadamy; niektóre zaś wody zagraniczne litowe nie zawierają soli litowych w ilości potrzebnéj dla osiągnięcia celów lekarskich. Woda przeto litowa jest szacownym dla lekarza nabytkiem. Wody jodowéj przedstawionego składu (2:1000) nie można porównywać z wodami naturalnemi jodowo-bromowemi. Jest ona stężonym rozczynem jodku potasu, lekiem w ściślém znaczeniu. Wiadomo zaś, że chorzy częstokroć tylko przez krótki czas dobrze znoszą zwyczajne wodne rozczyny jodku potasu, gdy tymczasem takież same rozczyny bezwodnikiem węglowym wysycone chorzy wybornie znoszą nawet przy dłuższém ich użyciu. Popierając gazową wodę jodową postępujemy zgodnie z zasadami umiejętności i popieramy jednocześnie przemysł krajowy. Daléj woda alkalowo-potasowa ma ważne znaczenie. Z fizyjologii odżywiania wiadomo nam, jak wielką rolę odgrywają sole potasowe w sprawie przemiany materyi, o wiele donioślejszą aniżeli sole sodowe. W najnowszych czasach zwrócono uwagę, iż dowóz soli potasowych w pożywieniu mieszkańców wielkich miast jest niedostateczny i że w ich ustrojach czuć się daje brak soli potasowych, z powodu spożywania jarzyn i owoców w skromnych ilościach. Otóż przez spożywanie takiéj wody potasowéj wzmocnić można dowóz soli potasowych do ustrojów ludności miejskiéj. Jest więc ona ważnym środkiem dyjetetycznym, a zarazem ochronnym od zołz i gnilca, powstających ze zboczeń w mięszaninie soków. Użycie przeto takiéj wody potasowéj ma umiejętną podstawę. Woda z pyrofosforanem żelazawym powszechnie bywa u nas używaną. W tym celu sprowadzają ją w znacznych ilościach z Wrocławia i innych miast niemieckich. Wolno więc zapytać się, dlaczego takiéj wody niemamy w kraju wyrabiać, témbardziéj iż woda przez p. Rzącę przyrządzana odznacza się dobrym smakiem i dobrocią. Inne przedstawione tutaj wody, mianowicie żeleziste, nie wyrugują z użycia wód naturalnych tego samego rodzaju. Na pochwałę również zasługuje pomysł przyrządzania gazowéj wody gorzkiéj, według składu chemicznego węgierskiéj wody gorzkiéj ze zdroju Franciszka Józefa. Przez nasycenie bezwodnikiem węglowym (CO_2) rozczynu siarkanu sodowego i magnowego wodę gorzką, tak często u nas używaną, czyni się nie tylko smaczniejszą ale co ważniejsza strawniejszą, to jest łatwiejszą do przy-

przyswojenia. Z tych powodów Kom. balneologiczna ma nie tylko prawo ale i obowiązek omawiania sprawy przyrządzania gazowych wód lekarskich, tudzież popieranie wyrobów tego rodzaju, które w żadnym razie nie zdołają uszczuplić używania i sprzedaży wód mineralnych naturalnych. Mag. farm. Hoff przypomina zasadę przyjętą w hidrochemii i w nauce o przyrządzaniu wód mineralnych sztucznych, że należy w zupełności naśladować skład chemiczny wód rodzimych do najdrobniejszych szczegółów. Wody wyrobu p. Rzący nie są przeto wodami mineralnemi. Ze względów ekonomicznych należałoby sztucznie naśladować u nas wody z zagranicy sprowadzane za drogie pieniądze, mianowicie wodę Vichy i wodę selcerską. Dr. Warschauer zgadza się z wywodami przewodniczącego i przyznaje, że wyroby p. Rzący mogą pozyskać uznanie i rozpowszechnienie. Nie zachęcałby jednak tegoż do wyrabiania wody jodowéj, ponieważ ona jest lekiem w ścisłém znaczeniu, którego woli używać według przepisów magistralnych. Przyznaje daléj, że przez wyrób gazowych wód lekarskich uproszczonego składu zdrojowiska nasze nie stracą. Zastrzega jednak, aby wody owe były wyrabiane według stałych prawideł. Prof. Dr. Korczyński: Popierając wyroby tutaj przedstawione postępujemy w myśl uchwały Tow. lek., które postanowiło zająć się rozwojem przemysłu rzeczy lekarskich i w tym celu wybrało osobną komisyję. Postępujemy sobie bardzo skromnie w porównaniu z najpoważniejszemi zagranicznemi ciałami naukowemi, które jak np. akademija lekarska w Paryżu, przyznaje dyplomy wynalazku wyrobom farmaceutycznym, jeżeli te odpowiadają wymogom umiejętności Tym sposobem ciała te skutecznie popierają cele ekonomiczne. Dr. Ściborowski w odpowiedzi p. Hoffowi oświadcza, iż z lekarskiego stanowiska nie koniecznie potrzeba, aby sztuczne wody lekarskie zawierały wszystkie składniki wykazane przez rozbiór chemiczny w wodach rodzimych. Daléj zgadza się na wyrabianie sztucznéj wody Vichy. Prof. Dr. Korczyński nie radzi zachęcać p. Rzący do fabrykacyi sztucznych wód mineralnych w ścisłém tego słowa znaczeniu. Możnaby go tym sposobem narazić na straty materyjalne, za które ciężyłaby odpowiedzialność na kom. baln. Dr. Lutostański wyłuszcza korzyści wynikające z użycia sztucznych wód żelezistych zwłaszcza sztucznéj szczawy żelezistéj, którą uważa za najodpowiedniejszy sposób podawania żelaza; zawiera ona bowiem świeżo wytworzony dwuwęglan żelazawy, niemal w chwili spożycia wody. Dozowanie przy użyciu téj wody jest ściśle i łatwe. Daléj odczytuje cennik wód lekarskich wyrobu p. Rzący i wykazuje ich taniość w porównaniu z wyrobami zagranicznemi. Wreszcie Dr. L. czyni wniosek, aby kom. baln. przekonała się o ilości żelaza zawartego w wodach żelezistych p. Rzący. Wniosek ten komisyja przyjmuje i prosi prof. Dra Olszewskiego o to oznaczenie. Dr. Domański namienia wyższość naturalnych wód mineralnych nad sztucznemi, przyznając pierwszym odmienne i dokładniejsze działanie. Wychodząc z tego stanowiska mniema, że kom. baln. nie powinna popierać fabrykacyi sztucznych wód mineralnych w ścisłém znaczeniu lub kogokolwiek zachęcać do takiéj fabrykacyi. Wyrobów p. Rzący nie uważa za sztuczne wody mineralne, lecz w myśl przewodniczącego za przetwory lekarskie *sui generis*, oświadcza się przeto za popieraniem wyrobów p. Rzący. Mag. farm. Hoff zaleca wyrabianie wody gazowej z cytrynianem żelazawym.

2) Następnie prof. Dr. Olszewski odczytuje rozprawę pod napisem: Rozbiór chemiczny wody lekarskiéj w Głębokiém. Wynik rozbioru jest następujący:

Woda z czterech zdrojów A. B. C i D w 1000 cz. zawiera

Nazwa zdroju	A.	B.	C.	D.
Węglanu sodowego	0·61788 gm.	0·84552 gm.	1·10568 gm.	1·00812 gm.
Węglanu wapniowego	0·44274 „	0·54171 „	0·60202 „	0·54121 „
Węglanu magnowego	0·15004 „	0·28200 „	0·31483 „	0·28016 „
Węglanu żelazawego	0·01135 „	0·01407 „	0·00733 „	0·01135 „
Chlorku sodu	0·02923 „	0·02923 „	0·02923 „	0·03214 „
Kwasu krzemowego	0·01598 „	0·02116 „	0·02249 „	0·02367 „
Ogólna ilość składników stałych	1·26722 „	1·73369 „	2·08158 „	1·89665 „
Odejmując CO_2 połączony z FeO w ilości	0·00306 „	0·00506 „	0·00278 „	0·00430 „
Pozostaje składników stałych	1·26416 „	1·72863 „	2·07880 „	1·89235 „
Składników stałych znaleziono według 1)	1·27300 „	1·73000 „	2·07500 „	1·88100 „
Kw. węglowego potrz. do utw. dwuwęglan.	0·53297 „	0·74214 „	0·88458 „	0 80770 „
Kw. węglowego istotnie wolnego	nieoznacz.	1·10072 „	nieoznacz.	0·50160 „
Kw. siarkowego	ślad	—	—	mały ślad
Ciężar gatunkowy	1·00166 gm.	1·00225 gm.	1·00263 gm.	1·00244 gm.

Dr. Zieleniewski dziękuje prelegentowi za piękną pracę, wykonaną własnym trudem i nakładem, która zaznajamia nas z chemicznym składem wód lek. w Głębokiém, którego w przybliżeniu nawet nie znaliśmy; między zaś ludem istniało przekonanie, że zdroje owe są zdrojami siarczanemi. Dr. Z. czyni wniosek, aby dokładny i ścisły rozbiór odłożyć aż do chwili uporządkowania i ujęcia zdrojów. Na wniosek przewodniczącego kom. baln. wyraża prof. Dr. Olszewskiemu podziękowanie. Dr. Ściborowski oświadcza, iż woda ze zdrojów w Głębokiém jest szczawą alkalową żelezistą znacznie słabszą od wody ze zdroju Szymona w Szczawnicy.

Mag farm. Hoff zapytuje się czy w okolicy nie ma iłów solonośnych i trachitów, oraz czy istnieje do zdrojów dopływ wody słodkiéj zaskórnéj, na co odpowiada prof. Dr. Olszewski że dopływ ten według Dra Trembeckiego ma istnieć, trachitów zaś nie spostrzegał. Prof. Dr. Korczyński przypomina, iż sprawę zdrojów w Głębokiém przekazała kom. baln. Akademija Umiejętności do załatwienia. Zdroje w mowie będące mają już przyznany okręg ochronny. Obecnie są one własnością gminy, od któréj podobno ma zamiar nabyć zdroje pewien przedsiębiorca. Należy więc uprzedzić gminę o wartości leczniczéj zdrojów a następnie dopiero ogłosić pracę prof. Dra Olszewskiego w rocznikach komisyi fizyjograficznéj. Wnioski te komisyja uchwala.

Dr. Lutostański sekretarz.

VI. Sprawozdanie o Zjeździe psychijatrów we Wiedniu.

Podał Dr. A. J. Laskiewicz - Friedensfeld.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31.)

Radca zdrowotny prymaryjusz Dr. Gauster odczytuje krytyczną swą pracę o statystyce i leczeniu obłąkanych w państwie austryjackiém. Sposób leczenia obłąkanych w zakładach i klinikach jest bardzo niepewny. Zaprowadzono tablice, w których różne nazwiska chorób są zapisane, ponieważ różni autorowie rozmaicie choroby umysłowe dzielą; nie ma też w nich całkowitego rodowodu a wiek, stan, zajęcie chorych wpływa na powstawanie choroby, na rokowanie i na śmiertelność; często chorzy kilka razy wstępują do zakładów; a więc liczb chorych nie należy po prostu dodawać; trudności w leczeniu chorych są następnie wielkie tak na wsi, jak w miastach większych; na wsi trudno żądać od naczelnika gminy, aby wiedział, kto jest obłąkanym; w miastach często ukrywają w familii chorych na umyśle członków. Według takich wykazów mało wiarogodnych w Cislitawii ma być 3454 chorych w zakładach i 1600 po za zakładami, a sama Galicyja ma mieć nie więcéj niż 1436 chorych albo 1 chorego na 2503 ludzi. W Czechach przypada 1 chory na 1170 ludności, w Morawii 1 na 1323, w Tyrolu 1 na 489, w Salzburgu 1 na 416. Powątpiewać należy, czy w rzeczy saméj w Galicyi jest tak mało umysłowo chorych, lub czy ów rażący niestosunek nie polega raczéj na niedokładném obrachowaniu, gdyż prusacy mają w prowincyjach polskich prawie ten sam stosunek chorych co i w innych swych

prowincyjach. W r. 1873 zaprowadzono w Prusach liczenie według t. zw. kartek liczbowych (*Zählblättchen*), a wtedy większą znaleziono liczbę chorych, a mianowicie stosunek 1 na 600, a nawet 1 na 450. Znany statystyk Dr. Gutstätdt sądzi jednak, że więcéj nawet jest umysłowo chorych. Pożądaném byłoby, aby i w Austryi liczono obłąkanych za pomocą owych kartek. Wnioskodawca proponuje, ażeby tablice statystyczne dla zakładów przerobiono i poddano pod kontrolę psychijatrów.

W dyskusyi prof. Krafft-Ebing całkiem się zgadza z tym wnioskiem. Dyr. Schlager zwraca uwagę, że na mocy dawniejszych przepisów otaczający chorego na umyśle powinni byli donosić władzom o chorobie. Atoli ustawą z r. 1852 zniesiono prawie ów obowiązek; lekarz zaś praktyczny tajemnicy chorych wyjawić nie powinien, a więc nie może przyczynić się do statystyki. Statystyk Schimmer (z ministerstwa spraw wewnętrznych) oświadcza, że już przygotowuje wszystko co należy do obliczenia ludności aż do r. 1880 Używa kartek familijnych i osobowych (*Zählblättchen*). Radca namiestnictwa Dr. Karajan oświadcza, że właśnie ma zamiar obliczyć w dolnéj Austryi, nietylko niewidomych, głuchych, ale i obłąkanych, jakoteż i kretynów. Familije są obowiązane zdać sprawę o stanie zdrowotnym swych członków; są one do tego zresztą przyzwyczajone, bo podczas chorób nagminnych ubodzy nie otrzymują leków bezpłatnie lub innéj pomocy materyjalnéj, skoro nie donieśli o wybuchu w ich domu choroby zakaźnéj. Okręgi mniejsze i większe prowadzą osobne księgi o niewidomych, głuchych, obłąkanych i idyjotach. Każdy zakład dla obłąkanych powinien obecnie donieść o przyjęciu chorego w ciągu 24 godzin; sądy wyznaczają kuratora dla każdego dłuższy czas chorującego obłąkanego, prowizorycznie zaś dla tych chorych, którzy w krótkim czasie wyzdrowieć mogą. Prof. Meynert nie zgadza się z tém, ażeby wszyscy lekarze w zakładach dla obłąkanych obowiązani byli donosić o wszystkich swych chorych, gdyż oni zarazem mają i praktykę prywatną, w któréj powinni zachowywać tajemnicę. Przeciwnie obowiązkiem lekarzy jest starać się o to, aby np. prasie zabroniono publiczności donosić codziennie, że ta lub owa osoba popadła w obłąkanie. Obowiązkiem zaś jest lekarzy okręgowych i miejscowych prowadzić księgi o chorych swych okręgów, a więc i o obłąkanych. Statystyk Rossidal zgadza się, aby dla sprawdzenia statystyki lekarskiéj a przeważnie psychijatrycznéj szukano pomocy psychijatrów. Krafft-Ebing wspomina, w jak przestraszającym stanie chorzy czasem przychodzą do zakładów; przypadki przypominające Barbarę Ubrykównę zdarzają się jeszcze nie tylko po wsiach ale i po miastach.

W końcu Zgromadzenie przyjmuje następujące wnioski: 1) tablice statystyczne w zakładach należy zmienić. 2) Należy wszędzie w miastach i wsiach znać dokładnie stan chorych i stosunek ich do liczby mieszkańców, należy w powiatach i okręgach utrzymywać księgi dla niedołężnych obłąkanych, których rodzaj choroby przez lekarza powiatowego rozpoznany wypada zapisywać. 3) Celem stósownego liczenia obłąkanych należy wybrać komitet, w skład którego wchodziłby psychijatra. Liczenie obłąkanych odbywać się powinno według dawnego, zmodyfikowanego sposobu. 5) Psychijatrzy mają statystykę kontrolować.

Na trzeciém i ostatniém posiedzeniu prof. Dr. Meynert wykładał: „o koniecznéj potrzebie obznajomienia się praktycznego lekarza z psychijatryją i o obecnym stanie wykładu téj nauki w Austryi.“ Ponieważ wiadomości psychijatryczne między lekarzami są obecnie u nas mało jeszcze rozpowszechnione, więc świadectwa o chorych oddawanych do zakładów lub klinik psychijatrycznych najczęściéj bardzo są niedostateczne, a czasem lekarze nie są w stanie nawet rozstrzygać, czy chorego należy oddać do zakładu lub nie. Według ustawy z r. 1873 mogą kandydaci w każdéj wszechnicy składać egzamin rządowy, a więc i w takich uniwersytetach, gdzie nie ma kliniki psychijatrycznéj; od kandydata wymaga się tylko, aby przez 3 miesiące brał udział w wizytach w zakładzie, co jednak wcale nie jest dostateczném. Studenci obciążeni mnóstwem innych przedmiotów wcale nie uczęszczają na wykłady psychijatryi. Prelegent wnosi więc pomiędzy innemi co następuje: Zgromadzenie zgadza się, że świadectwa przez lekarzy praktycznych wydawane najczęściéj są bardzo błędne, że w ogóle wszyscy lekarze winni uczyć się psychijatryi i z przedmiotu tego składać egzamin ścisły, a prof. Kraft-Ebing sądzi, że przedewszystkiém należy uważać aby uczęszczanie na psychijatryję nie zanadto dużo zabierało czasu, a ponieważ większe zakłady ze względów sanitarnych niekiedy oddalone są od wszechnic, więc pożądaném by było rozpowszechnienie stacyj obserwacyjnych w połączeniu z kliniką psychijatryczną w samych szpitalach większych, w których mieścić się winny świeże albo szczególnie pouczające przypadki. We wszystkich wszechnicach należy urządzić kliniki i katedry psychijatryi. Poczém wnioski Meynerta przyjęto.

Następuje wykład prof. Schlagera: O dzisiejszym stanie prawodawstwa dla obłąkanych w Austryi. Umysłowo chorzy powinni doznawać opieki prawa w swych materyjalnych stosunkach. Ustawy nasze tyczące się obłąkanych są bardzo niedostateczne, są porozrzucane po różnych kodeksach. 1838 we Francyi ułożono t. zw. ustawę o obłąkanych, w Holandyi i w Belgii w r. 1841; w Szwajcaryi t. zw. prawo genewskie w r. 1832; 1848 w Norwegii; 1832 w Rosyi; 1850 w Szwecyi; najsłynniejsze są przepisy angielskie. W r. 1802 pierwsze pojawiły się w Austryi rozporządzenia, tyczące się tego przedmiotu, uzupełniono je w r. 1811; §. 21 kodeksu cywilnego ustanawia opiekę nad obłąkanymi, a §. 127 również zajmuje się tymi chorymi. Zgromadzenie przyjęło następujący wniosek: przepisy tyczące się obłąkanych należy uzupełnić i zebrać w jedną ustawę, do jéj przygotowania należy wyznaczyć komisyję z psychijatrów.

Wreszcie prof. Schlager mówił o doświadczeniach nad bezprzymusowym sposobem leczenia w zakładach austryjackich. Najpierw w Anglii już przed 40 laty znakomity psychijatra szkocki Conolly wprowadził system ten w życie, który jak wiadomo dotąd ma jeszcze przeciwników. W Austryi Dr. Spurzheim, dyrektor zakładu w Ybs, późniéj w Wiedniu, pierwszy sposób ten nowy zaprowadził. Przeciwnicy nowego systemu przyznali, że przy nim mniéj chorych umiera, więcéj bywa wyleczonych, w ogóle więcéj przybywa chorych do zakładów. Zakłady, w których system no restraint jest zaprowadzony, muszą lepsze chorym dawać pożywienie, bo inaczéj zadowolenia chorych zyskać nie można i leczenie nie bardzo byłoby skuteczne. Ruch dla chorych i świeże powietrze jest przy tym sposobie koniecznym, a gdzie tego brakuje, tam, jak np. pod Gracem, Krafft-Ebing stary system zatrzymać musiał. Przepełnienie zakładów najbardziéj szkodzi nowemu sposobowi.

Dyr. Hornung obszernie rozwodzi się nad opisem systemu leczenia i obchodzenia się z chorymi w Ybs, i sądzi, że zakłady należy w odpowiedni sposób budować. Prof.

Meynert sądzi, że nie tylko dobra usługa ale i organizacyja należyta lekarska przyczynia się do porządku w zakładzie. Krafft-Ebing mniema, że w wielu przypadkach niezbędnie potrzebne są środki przymusowe, ażeby np. chory mógł poziomo leżeć, przezco niedokrewność mózgu znika, oraz celem zachowania sił chorego, a więc w obec samogwałtu. Dr. Smoler twierdzi, że przy systemie bezprzymusowym częstsze są przypadki nieszczęść, i tak w jego zakładzie chory siekierą zabił posługacza, chora wydłubała sobie oczy.

Po krótkiéj rozprawie w której brali udział proff. Meynert, Schłager, Leidesdorf, prym. Gauster, prof. Krafft-Ebing i Dr. Jellinek, przyjęło zgromadzenie zmodyfikowany przez ostatniego wniosek prof. Schlagera: zgromadzenie zgadzając się z zasadami nowego sposobu leczenia chorych, wyraża życzenie, aby leczenie to bezprzymusowe zaprowadzone było we wszystkich zakładach austryjackich. Większość oświadczyła się za nie absolutnie bezprzymusowém leczeniem chorych; Krafft-Ebing oświadczył się za leczeniem przymusowém.

Przewodniczący prof. Schlager zamykając posiedzenia Zjazdu dziękuje zgromadzeniu za gorliwy udział, wynurzając życzenie marszałka kraju, aby psychijatrzy co rok się zjeżdżali. Zjazd zakończył się 27 lipca bankietem w zakładzie dla obłąkanych, a 28 lipca z powodu zamknięcia wystawy odbył się bal dla chorych zakładu.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, d. 15 sierpnia. Ze szpitala garnizonowego we Wiedniu wysłano ostatniemi dniami kilku zdolniejszych lekarzy wojskowych do Bośnii i Hercogowiny. Do szpitali garnizonowych w Budapeszcie, Gracu i Celowcu przybyło już kilkuset żołnierzy, którzy jeszcze przed przejściem granicy zachorowali; rannych dotąd w szpitalach tych niema.

* Według nadesłanych nam wykazów od otwarcia zakładu do d. 3 b. m. bawiło w Krynicy gości 1517, a w Cieplicach czeskich do d. 7 b. m. 8268.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 31 (od 28 lipca do 3 sierpnia) umarło w Krakowie osób 37; mężczyzn 20 i kob. 17; w obwodach 15 i w szpitalach 22; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 31.3. Z chorób zakaźnych zmarło w tymże czasie 7 osób, mianowicie: z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 1, z ropnicy 2, z róży 1, z czerwonki 1.

* **Wiedeń.** Rada gminna uchwaliła nadać jednéj z ulic przedmieścia Alservorstadt nazwy „ulicy Rokitańskiego.“ — Delegatami i sprawozdawcami z czynności Zjazdu dla służby wojskowéj polnéj w Paryżu minister wojny zamianował lekarza sztabowego Neudörfera i redaktora Wittelshöfera.

* **Berlin.** Prof. Virchow wzbrania się przyjąć obecnie mandat poselski do Sejmu niemieckiego, a na naleganie wyborców berlińskich odpowiedział, że jako uczony więcej działać może, aniżeli jako poseł w sejmie niemieckim.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dyrektor zakładu dolnoaustr. dla obłąkanych we Wiedniu prof. Dr. Schlager w uznaniu zasług otrzymał tytuł radcy rządowego. — Posadę prymaryjusza w szpitalu św. Rocha w Budapeszcie, opróżnioną z powodu śmierci prof. Kovacsa, otrzymał prof. Navratil, posadę zaś, którą ostatni dotąd piastował w szpitalu barakowym, otrzymał Dr. Janny, uczeń Billrotha. — Prof. Spiegelberg wybrany został na rok przyszły rektorem uniw. wrocławskiego. — Drowie Bonnet, Sir Fayrer i prof. Lister zamianowani zostali przez uniwersytet w Edymburgu honorowymi doktorami prawa.

* **Nekrologija.** W Monachijum † Dr. Ludwik Mayer, docent chirurgii, licząc lat 39. — W Brukseli † Dr. Lausseat, redaktor czasopisma *l'art médical.*

d

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Zygmunt Dzikowski opuściwszy Morszyn powrócił na stały pobyt do Kałusza.

Redakcyja otrzymała:

Dra Jana STELLI-SAWICKIEGO, Inspektora szpitali krajowych we Lwowie: Stan obecny spraw zdrowotnych w Galicyi z zakresu autonomicznego. (Osobne odbicie z Dwutygodnika med. publ. 1878.) in 8vo, str. 15.

Piśmiennictwo lekarskie. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Zweite völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage, Zweiter Theil. Berlin 1878. A. Hirschwald. Duża 8ka str. IX. 718.

Zawiera szczegółową patologiję i terapiję układu nerwowego według podziału anatomicznego.

Z pracy téj wkrótce osobno zdamy sprawę.

A. POLITZER: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für practische Aerzte und Studirende. 1 Band. Mit 106 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart 1878. Enke. Duża 8ka str. XII. 372. 10 m.

Sprostowanie. W Nr. 31 str. 389 w. 17 od dołu zamiast 5.08 czyt. 0,08. — W Nr. 32 str. 400 w. 9 od góry zam. Już po wstrzyknięciach, czytaj Już po 5 wstrzyknięciach.

Z powodu niedyspozycyi zecera numer niniejszy spóźnił się o dzień jeden.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W Administracyi Przeglądu Lekarskiego jest do nabycia kilkanaście egzemplarzy

Prof. Dra Gurlta

PODRĘCZNIK

do ćwiczeń operacyjnych na zwłokach,

w tłómaczeniu Dra ZIELEWICZA

po cenie 1 złr. w. a. Cena księgarska wynosi 2 złr.

W Administracyi

PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO

jest do pozbycia niewielka liczba kompletnych egzemplarzy **Przeglądu Lekarskiego** z lat 1873, 1874, 1875, 1876 i 1877.

ASTMY

Duszność, chrypka, katary zadawnione i wszelkie cierpienia kanałów oddechowych ustępują po użyciu **Rurek antiastmatycznych p. Levasseura**, 23. rue de la Monnaie w Paryżu.

NEWRALGIE

wszelkie **cierpienia nerwowe** każdéj chwili ustępują po użyciu pigułek antinewralgijnych Dra CRONIER. Skład w Paryżu w aptece p. Levasseur, rue de la Monnaie 23.

Dostać można w składach materjałów aptecznych P. Gallego i J. Mrozowskiego ulica Miodowa w Warszawie; w Krakowie w aptece p. J. Trauczyńskiego; we Lwowie w aptece p. Mikolascha; w Brodach w aptece p. Kullaka.

L. 441.

KONKURS.

Wydział powiatowy Podhajecki rozpisuje konkurs na prowizoryczną posadę lekarza ordynującego przy szpitalu powszechnym w Staremmieście przy Podhajcach, stabilizacyja téj posady co najmniéj po roku praktyki nastąpić może. Na mocy reskryptu wys. Wydziału krajowego z dnia 10go lipca b. r. L. 36638 mogą kompetować o tę posadę tylko Panowie Drowie wszech nauk lekarskich, albo Doktorowie medycyny i chirurgii; pensyja oznaczona budżetem przez Radę powiatową 500 złr. rocznie, termin wnoszenia podań do kancelaryi Wydziału powiatowego oznacza się do 20 sierpnia b. r.

Z Wydziału Rady powiatowéj
w Podhajcach 25go lipca 1878.
J. Kozicki.

MATTONIEGO

GIESSHÜBELSKA

najczystsza alkaliczna szczawa

najgorecéj zalecana tak w chorobach narządu oddechowego trawienia jak i za napój we wszystkich porach dnia.

HENRYK MATTONI w Karlsbadzie.

Skład w Krakowie u P. J. Wentzla.

Vin de Bugeaud

Toni-Nutritif

Au Quinquina et au Cacao combinés

Trudność, z jaką żołądek znosi przetwory chiny, i w ogóle substancye gorzkie, nieraz wprowadzała w kłopot lekarzy praktycznych. Lecz od czasu wprowadzenia między środki lecznicze połączenia zwanego:

WINEM ŚCIĄGAJĄCO-ODŻYWCZEM BUGEAUD'A,

w którém Kakao połączone z chiną dla złagodzenia własności ściągających, — trudność ta już więcéj nie istnieje.

Zwracamy szczególnie uwagę ciał lekarskich na ten szacowny środek leczniczy, który od 20 dopiero lat zalecany z wybornym skutkiem przez najznakomitszych lakarzy, sprowadza najlepsze skutki we wszystkich przypadkach, w których wskazane są środki ściągające i wzmacniające razem, — a szczegółowo w następnych chorobach: *w niedokrewności, w cierpieniach nerwowych, upławach, w przewlocznej biegunce, w osłabieniu płciowém, przekrwieniach biernych, w gnilcu, w zołzach* etc. Przetwór tego wina na podstawie wina hiszpańskiego, wymaga dla rozczynu Kakao, istot szczególnych, jakie się nie znachodzą w lekowniach; potrzeba zatém dla zapewnienia się o pochodzeniu tego leku, zapisywać go pod nazwą:

«WINA ŚCIĄGAJĄCO-ODŻYWCZEGO BUGEAUD'A».

Wyjątkowa wziętość, jakiej nabyło wino ściągająco-odżywcze Bugeaud'a u lekarzy wszystkich krajów, obudziło chciwość niektórych przemysłowców. Wypada zatém wystrzegać się podrobienia i naśladownictwa od niektórych niesumiennych pośredników.

SKŁAD GŁÓWNY: *w Krakowie*, w aptekach PP. J. Trauczyńskiego i Redyka; *we Lwowie*, w aptece P. Mikolascha; *w Warszawie*, w składach materyałów aptecznych PP. Ferd. Aug Gallego i Lud. Spiessa i w aptece P. Lilpopa; *w Wilnie*, w aptece P. Chróścickiego; *w Kijowie*, w aptece PP. Marcińczyk braci; *w Poznaniu*, w aptece P. doktora Mankiewicza.

Kapsułki elastyczne

z olejem rącznikowym, tranem balsamem kopachu itd.

Fr. Kuśmirskiego

aptekarza w Warszawie.

W kapsulce elastycznéj i sprężystéj przyjmującéj kształt przełyku, mieści się łyżeczka do kawy lub pół tejże, zawartości tak wstrętnéj w użyciu bezpośrednim, jak olej rącznikowy, tran lub balsam kopachu. Forma ta, jako nader dogodna do użycia, zyskała uznanie *Towarzystwa lekarskiego w Warszawie.*

Skład główny znajduje się w **aptece p. W. Redyka pod Barankiem w Krakowie**, oraz są do nabycia we wszystkich aptekach Krakowa; jak równie w Chrzanowie, w Jaśle u p. Palcha; Jaworzniu u p. Sporysz; w Krynicy u p. Nitribitta; w Leżajsku u p. Denkera; w Nowym Sączu u p. Filipka; w Podgórzu u p. Skakalskiego; w Przemyślu u p. Tarczyńskiego; w Rzeszowie u p. Kalinowskiego; w Starym Sączu i Szczawnicy u p. Jezierskiego; w Tarnowie u p. Tenczyna; w Wieliczce u p. Miczyńskiego; w Wadowicach u p. Kurowskiego.

Tamże nabyć można francuskich Irrigateur Dr. Eguisier

PRZEWODNIK

do klimatycznego leczenia

obejmujący stacyje klimatyczne Europy i Afryki, napisany przez Dra **Z. Dobieszewskiego,** można nabyć w Redakcyi Przeglądu Lek. po pięć złr.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 24 Sierpnia 1878. № 34. Rok XVII.

I. Przypadek wsporniaka *(Glioma)* siatkówki i kilka uwag nad tego rodzaju nowotworami.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

(Rzecz miana na walném zgromadzeniu sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu dnia 24 czerwca 1878.)

Lubo nowotwór, jak ten, o którym mówić zamierzam, w obecnych czasach w skutek częstszego badania i lepszego rozpoznawania drobnowidowego nie jest już dla okulistów rzadkim, to jednak każdy nowy przypadek zawiera w sobie coś odrębnego, właściwego sobie tylko i przyczyniającego się do lepszego objaśnienia niejednéj jeszcze mniéj zrozumiałéj okoliczności, a tém samém budzi naszą ciekawość. Z tego też względu pozwolę sobie poświęcić słów kilka przypadkowi, którego operować i zbadać miałem niedawno temu sposobność.

Dnia 10 maja r. b. przysłaną mi została przez fizyka Dra Meinhofa z Pleszewa 2-letnia Ida Neumannówna ze staréj Dąbrowy celem operacyi lewego oka. Dziecko to jest czwartém z kolei dzieckiem niespowinowaconych ze sobą poprzednio małżonków. Matka tegoż obok wybitnych znamion zołzów cierpi na przewlekły nieżyt spojówki ze zwężeniem przewodu łzowego po obydwóch stronach, ojciec zaś prócz bardzo znacznych blizn na twarzy pochodzących od przebytéj osutki, okazuje przedziurawienie dość znaczne w podniebieniu miękkiém i ubyt w okolicy języczka; zaprzecza, jakoby przebył kiłę, a zboczenia powyższe datują się zdaniem jego już od 7go roku życia, gdy bardzo na zołzy chorował. Czy kto z rodziców lub rodziny na oczy chorował, nie umieją mi oboje małżonkowie podać, a reszta ich dzieci cieszy się zupełnie zdrowym wzrokiem. Tym sposobem, jak się zdaje, cierpienie dziedziczne wykluczyć można.

Wracając teraz do dziecka samego, które nas bliżéj obchodzi, zaznaczyć muszę, że według podania matki już w pierwszym roku życia i od czasu jak dziecko zaczynało siadywać spostrzeżono w źrenicy oka lewego coś uderzającego (był to blask rosnącego i ku przodowi posuwającego się nowotworu). Dziecko zawsze było dość zdrowe, przynajmniéj na żadne ważniejsze cierpienia nie zapadało, a nawet oko to nie zdawało się sprawiać mu jakieś dolegliwości. Dopiero przed nowym rokiem dziecko stało się coraz niespokojniejszém, płaczliwém, co bezwątpienia było następstwem coraz więcéj czerwieniejącego się, a późniéj i rosnącego oka lewego. W ostatnich dniach przed przybyciem do mego zakładu dziecko bezsenne przepędzało noce, nie przyjmując piersi matki, którą zawsze jeszcze mu podawano. To też nie dziwnego, że dziecko na swój wiek mało rozwinięte nadzwyczaj przedstawia się wątłém i niedokrewném.

Badanie oka lewego (na prawém nic nieprawidłowego spostrzedz się nie dało, chociaż badanie wziernikiem z przyczyn łatwych do pojęcia nie było łatwém) przedstawia obraz następujący: Powieki obiedwie znacznie rozdęte, czerwone, szczelina przedłużona, a w nią wsuwa się nowotwór wielkości małego jaja kurzego niemający nigdzie styczności z przyległemi kośćmi, poruszalny, dający się z wszystkich stron ograniczyć. Na pierwsze wejrzenie nie przedstawia on żadnego podobieństwa do gałki ocznéj, jest koloru ciemno-szarawo-czerwonego, tylko przednia część jego nierówno okrągła przypomina rogówkę, a kolorem jaśniejszym wyróżnia się od otoczenia. Otoczenie tego odcinka ciemno-czerwonego przedstawia figurę eliptyczną i odpowiada téj części spojówki, która niedawno temu jeszcze wyglądała z po za zwyczajnie rozwartej szczeliny przed powiększeniem się gałki oka. Naprężenie nowotworu odpowiada prawie naprężeniu oka prawidłowego.

Nie wątpiąc na chwilę, że mam przed sobą nowotwór, zdecydowałem się do wypróżnienia oczodołu. Operacyję tę wykonałem w słabéj narkozie eterowéj przy pomocy kolegów Kapuścińskiego i Landsbergera i to w następujący sposób:

Po rozwarciu szczeliny powiek połączyłem oba kąciki szczeliny cięciami półksiężycowemi przypadającemi w miejscu, gdzie spojówka powiek przechodzi na nowotwór w miejsce załamka spojówki tu wygładzonego. Po odcięciu wszyst-

kich mięśni zapuszczając się coraz bardziéj w głąb oczodołu, po przecięciu nerwu z łatwością wydostałem znacznie rozdętą gałkę wraz z częścią od tyłu wyrastającego nowotworu, która nadzwyczaj okazała się miękką i łatwo rozpadającą się, reszta zaś nowotworu pozostająca w oczodole, a nigdzie nie mająca styczności z kośćmi oczodołu, lecz tylko lekko powiązana z tkanką łączną dała się łatwo usunąć za pomocą samych palców. W środek oczodołu sterczący i znacznie zgrubiały lecz zresztą prawidłowy nerw wzrokowy wyciąłem w długości 12 — 14 mm. Po przekonaniu się, że w oczodole żadnych więcéj nie ma resztek nowotworu, założyłem opaskę zwykłą z materyjału przeciwgnilnego.

W dni kilka zagojenie nastąpiło zupełnie prawidłowo i bez wszelkich przypadłości. Ani tętno, ani ciepłota nie podlegała w czasie tym żadnéj zmianie. Dziecko od chwili operacyi uspokoiło się zupełnie i z dniem każdym na dobrém wejrzeniu zyskało.

Preparat mój, ważący wraz z częścią nowotworu późniéj wydobytą 45 gramów, przedstawia świeżo po przecięciu w kierunku równika prostopadłego masę miękką galaretową, lepką, świecącą, koloru żółto-szarego i szaro-czerwonego, zapełniającą całe wnętrze gałki, a na zewnątrz od nerwu wzrokowego rozpościerającą się po za gałkę i dosięgającą ku przodowi okolicy ciałka rzęskowego. Część ta pozagałkowa nowotworu jest koloru we wszystkich warstwach jednostajnie brunatnego. Widać także w téj masie nowotworu gęsto obok siebie leżące rozmaite ogniska. Pozostawiwszy nowotwór ten przez kilka tygodni w płynie Müllera a następnie w spirytusie i odciąwszy górną warstwę przecięcia, znalazłem tylko masę zapełniającą całą gałkę, skupioną, lecz kruchą. Za to dokładniéj już przy badaniu za pomocą soczewki widać było można budowę ciekawą, jaka się nam tutaj przedstawia.

Masa gliomatyczna wychodząca z siatkówki a w szczególności z jéj warstwy ziarnistéj, zapełnia całe wnętrze gałki niwecząc wszystkie inne błony. Rozpoznać tu tylko jeszcze można wewnętrzną (nosową) część tęczówki, a przed nią spłaszczona, nierówna i zaćmiona soczewka przyparta do wewnętrznéj połowy znacznie rozdętéj a zupełnie stwardniałéj rogówki, podczas kiedy na zewnątrz widać tylko mały kawaleczek tęczówki w związku z ciałem rzęskowém będący; do zewnętrznéj części rogówki przylega wprost nowotwór sam, który po téj stronie przerwawszy rąbek rzęskowy (Zonula Zinni) prze ku przodowi. Znalazłszy tutaj już opór przeszedł przez blaszkę sitową, wciągając w zakres swój przyległą część nerwu wzrokowego i odsuwając go na bok, na zewnątrz, gdzie tworzy kilka świeżych ognisk. Nadto twardówka po za ciałkiem rzęskowém jest przebita, a nowotwór wychodząc łączy się z częścią nowotworu przez blaszkę sitową przechodzącą. W samym środku nowotworu gałkowego widzimy nieregularną bardzo małką jamę więcéj do wewnętrznéj (nosowéj) połowy zbliżoną a otoczoną zupełnie odczepioną siatkówką, któréj barwik jest pomnożony. Między tą resztą siatkówki a twardówką znajduje się tylko masa gliomatyczna, która jak wspomniałem, wywołała zanik wszystkich innych błon. Kilka cięć zrobionych celem drobnowidowego badania i to w rozmaitych warstwach i częściach nowotworu, wykazało wszelkie cechy gliomatu, a które niżéj podaję.

Glioma przez Virchowa dopiero wyróżnione od zwyczajnych rdzeniaków zależy na przeroście substancyi, która spaja, skleja pomiędzy sobą elementa nerwowe, czyli na przeroście tak zwanego kitu nerwowego. Z téj to substancyi jak w mózgowiu i pniach nerwowych, i w siatkówce całe rusztowanie wykształca się.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32.)

Ideę przewodnią przy używaniu sublimatu ze znaczną domieszką soli kuchennéj do wstrzykiwań podskórnych stanowiło przekonanie, że płyn ten wprowadzony do ustroju nie powinien ścinać białka zawartego w tkankach i sokach organizmu, gdyż nadmiar soli kuchennéj przeszkadza tworzeniu się skrzepów białkanu rtęciowego w tkance podskórnéj i zapobiega działaniu żrącemu, jakie zwykł wywierać sam sublimat czysty według przepisów Lewina podskórnie wstrzykiwany. W istocie też ból po wstrzyknięciu sublimatu z solą kuchenną jest daleko mniejszy, niż po wstrzyknięciu czystego sublimatu, a ból ten stanowi niejako wskazówkę, jakie procesy chemiczne odbywają się w ustroju po wprowadzeniu doń obu środków. Według mego przekonania po wstrzyknięciu czystego sublimatu występuje chciwe łączenie się tego przetworu z białkiem uorganizowaném tkanek, co znów oddziaływa na nerwy czuciowe jako wrażenie nieprzyjemne, czyli ból. Wrażenie zaś to jest tém większém, im znaczniejsza liczba pierwocin tkankowych musi oddać swe białko do utworzenia połączenia chemicznego i utrzymuje się tém dłużéj, im znaczniejsza ilość sublimatu pod skórą wstrzykniętą została. Chlorki alkaliów stanowiąc część składową soków ustrojowych przyczyniają się ze swéj strony do rozpuszczenia świeżo wytworzonego białkanu rtęciowego; im znaczniejszą jest jednak ilość, tém dłużéj trwać musi tu rozpuszczanie w odpowiedniém miejscu, tém téż dłużéj uczuwa chory ból w miejscu zastrzyknięcia. W razie powierzchownego ułożenia drobnych skrzepów białkanu rtęciowego w słabo rozprężliwéj miazdrze skóry i nie usunięcia ich rychłego przez rozpuszczenie w chlorkach alkaliów może nawet odezwać się ze strony ustroju dążenie do wydalenia tych obcych mu istot, a dążność ta objawia się przez zapalenie dookoła z następowém ropieniem, co nieraz zdarzyć się może przy zastrzykiwaniach samego sublimatu, zwłaszcza jeżeli się nie dość ostrożnie i nie dość głęboko wstrzyknie przetwór ten pod skórę. Nieco odmienny przedstawia się obraz w razie wstrzyknięcia sublimatu z solą kuchenną w tkankę łączną podskórną. Domieszka chlorku sodu dołączona już po za ustrojem do przetworu tak żrącego, jakim jest sublimat, ułatwia niesłychanie zadanie organizmu. Wprawdzie i w takim razie sublimat łączy się z białkiem ustrojowém, ból więc powstawać musi, lecz białkan ten rtęciowy rozpuszcza się od razu w doprowadzonéj zewnątrz soli kuchennéj i oddziaływa na nerwy czuciowe tylko jako ciało obce zresztą obojętne, które zwolna potém przechodzi przez naczynia limfatyczne w system ogólnego krążenia. Ztąd téż ból jest znacznie mniejszy i trwa znacznie krócéj, niż gdy sublimat nie zawiera domieszki soli kuchennéj, a ból ten jeszcze bardziéj złagodzić można dodawszy do płynu wstrzykiwanego podskórnie środki narkotyczne w małéj dawce, jak np. chlorek morfinu.

Tak powyżéj przytoczone rozumowania chemików i farmakologów, jakotéż pomyślne rezultaty, jakie osiągnęli Gschirhakl i Stern z wstrzykiwań podskórnych sublimatu z nadmiarem soli kuchennéj w przypadkach kiły, zachęciły nas również do przeprowadzenia szeregu doświadczeń z tym środkiem tanim i prostym, a kiedy przez dodanie odpowiedniéj ilości morfinu zdołaliśmy również jeżeli już nie usunąć to przynajmniéj znacznie zmniejszyć bolesność towarzyszącą wstrzykiwaniom podskórnym tego środka, doświadczenia nasze wypadły zaraz z początku tak chlubnie dla niego, że przetwór ten na rok bieżący a może i na czas dłuższy zyskał prawo obywatelstwa w klinice naszéj.

Formułka, według któréj przepisuję go z apteki, brzmi w sposób następujący:

Rp. Sublimati corros. puriss. 1,00
Natri chlorati 10,00
Aq. destillatae 100,00
Morphii muriatici 0,80 (— 1,00)
M. filtra et S. s. n.

a więc i ten płyn jest tak przyrządzony, że strzykawka obejmująca 1 grm. płynu zawierać będzie 0,01 sublimatu, 0,10 soli kuchennéj i 0,008 morfinu, co zupełnie do jednorazowego wstrzyknięcia podskórnego wystarczy.

Środka tego, przy zachowaniu wszelkich ostrożności w poprzednich rozdziałach mej pracy obszerniéj wyłuszczonych, używałem również tak w przypadkach kiły pierwotnéj występującéj pod postacią wrzodu stwardniałego (przypadków 7), jakotéż kiły wtórorzędnéj jużto z świeżym wybuchem osutki (przypadków 15), jużtéż występującéj pod postacią objawów cechujących powroty ogólnego zakażenia ustroju jadem kiłowym (7 przypadków), a wreszcie w jednym przypadku kiły wrodzonéj. Środek ten dał się również bardzo dobrze zastósować tak do leczenia ambulatoryjnego w klinice, jakotéż w praktyce prywatnéj, gdyż sporządzenie jego nie wymaga ani znaczniejszéj zręczności, ani téż baczniejszéj troskliwości i nie ulega wcale rozkładowi: chorzy zaś z drugiéj strony widząc niezaprzeczone skutki działania zbawiennego chętnie poddawali się temu wygodnemu, acz nieco bolesnemu sposobowi leczenia. Oczywiście, jak przy wstrzykiwaniach środków poprzednio już omówionych, tak i przy wstrzykiwaniu tego taniego stosunkowo przetworu (100 gm. sublimatu z solą kuchenną i morfinem w roczczynie kosztuje nie więcéj niż 75 ct.) indywidualność odgrywa bardzo wielką rolę; jeden znosi lepiéj ten sposób leczenia, drugi uskarża się nieco, wszyscy jednak chorzy między nimi nawet inteligentni i lekarze twierdzili jednozgodnie, że pierwsze tylko wstrzykiwania sprawiają ból trwający od 1 — 3 godzin, po 3 — 5 wstrzykiwaniach atoli przyzwyczajali się w ten sposób do nowego środka, że nad pieczenie kilka minut trwające nie doznawali żadnych większych dolegliwości i mając nawet wolny wybór co do środków leczniczych prosili o dalsze stósowanie wstrzykiwań podskórnych, nie przeszkadzających im wcale w codziennych zajęciach. Za miejsce odpowiednie do wstrzykiwań obierałem zawsze grzbiet w liniach koło kręgosłupa i okolice boczne klatki piersiowéj, gdzie tkanka łączna podskórna jest wiotką i da się wygodnie w fałd ująć, a prócz miernych nacieków ustępujących po 2 — 3 dniach i czasem nieprzyjemnego uczucia w odnodze górnéj przy wstrzyknięciu poniżéj dolnego kąta łopatki, podobnego do strętwienia po uderzeniu, nie zauważyłem żadnych innych nieprzyjemnych przypadłości. Ropienia mimo poważnéj liczby wstrzykiwań zrobionych tym środkiem (koło 600) nie zauważyłem nigdy, w dwu tylko przypadkach gdzie uczeń początkujący zrobił zastrzyknięcie u kobiety nader nędznie odżywionéj, widziałem powierzchowne zestrupienie *(mumificatio sicca)* naokoło punktu wbicia igiełki, które również ustąpiło bez jakiegokolwiek leczenia i bez dolegliwości.

Co do szybkości działania i usuwania zmian kiłowych, to sublimat z domieszką soli kuchennéj nie ustępuje w niczém tak białkanowi, jak i peptonowi rtęciowemu, a nawet o tyle je przewyższa, że go z korzyścią użyć można w cięższych nieco formach kiły wtórorzędnéj, w których nieraz białkan rtęciowy zawodził nasze oczekiwania. Czas leczenia był niemal taki sam, a co do powrotów choroby, to o ile krótkie doświadczenie pouczyć mnie zdołało, nie były one wcale częstsze od recydyw wydarzających się po użyciu powyżéj omawianych środków.

Co do skuteczności środka tego w kile pierwszorzędnéj, to wystarczało zazwyczaj 10 — 15 wstrzykiwań sublimatu z solą kuchenną (= 0,10 — 0,15 $HgCl_2$) w przypadkach, gdzie leczenie wrzodu stwardniałego jest utrudnionêm z powodu stulejki i mocnego obrzęknięcia napletka *(Phimosis ex induratione syphilitica)*. W przypadku jednym wybitnego wrzodu stwardniałego leczonym w praktyce prywatnéj wystarczyło 10 wstrzykiwań sublimatowych do usunięcia bardzo mocnego obrzęknięcia napletka stwardniałego i nie dającego się żadną miarą odprowadzić, którego barwa sina kazała się obawiać nawet wystąpienia zgorzeli. Już po pierwszych trzech wstrzyknięciach nastąpiło przy użyciu nadto zwykłych przestrzykiwań słabego roczczynu azotanu srebrowego znakomite polepszenie, a w 7 dni późniéj można było już wygodnie odsłonić wrzód usadowiony w rowku za żołędzią i będący już na zagojeniu. Po 15 wstrzykiwaniach wrzód się zagoił zupełnie, gruczoły pachwinowe mocno po stronie zwłaszcza lewéj obrzękłe, zmalały znacznie, a w ciągu dalszych 3 miesięcy nie wystąpiła aż dotąd osutka kiłowa, ani téż inne zmiany kiły wtórorzędnéj. Tak szybkiego ustąpienia stulejki nie mogę żadną miarą przypisać równocześnie zaleconym przestrzykiwaniom roczczynem azotanu srebrowego, tylko pomyślnemu wpływowi sublimatu wywartemu na przyspieszenie gojenia się wrzodu pierwotnego.

Wstrzykiwania jednak podskórne sublimatu z domieszką soli kuchennéj nie zdołają podobnie jak i poprzednio wspomniane środki, żadną miarą zażegnać następowych wybuchów kiły, a dowodem tego następująca historyja choroby:

Ernestyna M., lat 18, przybyła 19 listopada r. 1877 do zakładu klinicznego, w 3 miesiące po porodzie, z gruczołami pachwinowemi po obu stronach powiększonemi do wielkości orzechów laskowych, jakotéż z mocném, twardém obrzęknięciem części pochwowéj, wyrośnięciem jéj warg owrzodziałych pokrytych wypociną szarawą i łatwo broczących. Rozpoznanie brzmiało: *Ulcus induratum portionis vaginalis uteri. Polyadenitis inguinalis ambilateratis insignis.* Zalecono wstrzykiwania podskórne sublimatu ze solą kuchenną, a 15 wstrzykiwań wystarczało niemal do zupełnego zabliźnienia wrzodu na części pochwowéj. Po 20 injekcyjach d. 22 grudnia opuściła chora zakład z zupełném zabliźnieniem wrzodu i usunięciem wypływu ropiastego z macicy; gruczoły pachwinowe zmalały do wielkości bobu. W 5 tygodni późniéj zgłosiła się do nas z objawami kiły wtórorzędnéj w postaci kłykcin sączących na brzegach obu warstw wstydliwych większych i wewnętrznéj powierzchni mniejszych, które po 5-krotném zastósowaniu metody Chérona i 13 dalszych zastrzy-

knięciach rozczynu sublimatu w ilości 1 grm. (à 0,01 $HgCl_2$) p. d. zupełnie ustąpiły. Wstrzykiwania znosiła dobrze, ból tylko z początku trwał 1 — 2 godzin; nacieki podskórne wielkości orzechów włoskich niezbyt twarde ustępowały w ciągu dni 3 — 5. W 3 miesiące później, tj. w maju rb. zgłosiła się jeszcze raz taż sama chora z bardzo nieznacznemi 3 kłykcinami koło części rodnych, które po 4 zatuszowaniach metodą Chérona ustąpiły zupełnie.

Do usunięcia zmian kiłowych kiły wtórorzędnéj trzeba było od 15 — 30 a nawet do 35 wstrzykiwań sublimatu z solą kuchenną (0,01 $HgCl_2$ p. d.); i tak osutka plamista znikała już po 10 — 15 wstrzykiwaniach, osutka guziczkowa zwykła po 15 — 20, a guziczkowa prosowata *(Lichen syphiliticus)*, która jak wiadomo należy do bardzo uporczywych, dopiero po 35 (w 2 przypadkach), krostkowa skąpa (w 1 przypadku) po 20 wstrzykiwaniach.

Kłykciny sączące obok leczenia miejscowego dokonywanego za pomocą metody Chérona ustępowały według wielkości i głębokości nacieku już po 5 — 10 — 20 wstrzykiwaniach, nie leczone zaś miejscowo, jak np. kłykciny na migdałkach, po 15 — 20 wstrzykiwaniach.

Co szczególniéj zauważyłem przy używaniu sublimatu z solą kuchenną, to tę stronę ujemną świadczącą jednak o dzielności środka tego wprowadzanego w ustrój, iż pomimo płukań z chloranu potasowego (10,00 : 500 pro die) szybko stosunkowo, bo już po 15 — 20 wstrzykiwaniach występował czasem ślinotok i wymagał przerywania leczenia na dni kilka, jakoteż czasem nawet pędzelkowania dziąseł nastojem dębiankowym *(Tra gallarum)*. Ślinotok ten nie występował stosunkowo nigdy tak szybko po miernéj ilości wstrzykiwań przy użyciu sinku, białkanu, lub peptonu rtęciowego.

Dla lepszéj ilustracyi działania sublimatu połączonego z solą kuchenną, który może najdłużéj z pomiędzy wszystkich innych środków zalecanych do wstrzykiwań podskórnych na polu terapii kiły utrzymać się zdoła w praktyce lekarskiéj, ośmielę się podać jeszcze kilka ciekawszych i wybitniejszych historyj chorób, o ile można w największém ich streszczeniu.

1) Sebastyjan Ch. z Brzezia, przybył 5 listopada 1877 do kliniki naszéj z powodu cierpienia kiłowego datującego się od 3 tygodni. W chwili przybycia jego rozpoznanie brzmiało: *Ulcus induratum ad frenulum glandis. Polyadenitis inguin. ambilat. insignis. Blenorrhoea urethrae acuta. Icterus.* Przeciw rzeżączce cewki trwającéj od tygodnia zalecono zaraz w okresie ostrym *Kali hypermanganicum 0,01 : 50 aq.* do wstrzykiwań 4 razy dziennie, środek lekarski, który od roku przeszło podajemy chorym naszym ze skutkiem znakomitym w zapaleniu rzeżączkowém cewki nawet w okresie ostro-zapalnym. Nawiasem tylko wspominam, że lek ten zalecony do wstrzykiwań cewki zmienia w przeciągu 3 — 4 dni charakter zapalenia ropnego na śluzowo-ropny, a w praktyce naszéj szpitalnéj zaznaczyć już możemy dwa przypadki, gdzie rzeżączka cewki trwająca zwykle 2 miesiące po wstrzykiwaniach nadmanganczianu potasowego w rozczynach nader słabych zakończyła się wyleczeniem w 2 tygodniach; w innych przypadkach trwa leczenie nieco dłużéj, ale zawsze krócéj od leczenia zwykłego, a największą zaletą tego środka jest ta właśnie okoliczność, że go ze znakomitym skutkiem zalecić można natychmiast po pojawieniu się wydzieliny ropnéj. Do opatrunku wrzodu z wybitną chrząstkowatą stwardniałością zalecono jodoform. W kilka dni później, bo już 9 listopada pojawiła się na tułowiu chorego wybitna osutka plamista uwydatniająca się bardzo dobrze na tle żółtém skóry. Mimo żółtaczki chory posiada apetyt znakomity, stolec regularny wolny, odbarwiony, tak że mimowoli nasuwa się pytanie, czy żółtaczka ta nie zawdzięcza swego powstania skazie krwi na tle kiłowém. Przeciw cierpieniu kiłowemu obecnie już ogólnemu zalecono wstrzykiwania podskórne z sublimatu połączonego z solą kuchenną i morfinem w dawce zwykłéj gramowéj. Po 4 dniowém wstrzykiwaniu kalii hypermanganici wydzielina ropna gęsta ustąpiła miejsca wydzielinie kataralnéj nader skąpéj. 15 listopada owrzodzenie na żołędzi już się zgoiło, a pozostała tylko stwardniałość, wypływ kataralny z cewki ustąpił zupełnie, tak że chory po leczeniu 10 dniowym z rzeżączki cewki został wyleczony. Z końcem tegoż miesiąca po 17 wstrzykiwaniach osutka plamista mocno zbladła, gruczoły pachwinowe, które były wielkości sporych orzechów laskowych, zmniejszyły się do wielkości bobu, a z cewki moczowéj już stale nic nie wycieka. 10 grudnia po 25 wstrzykiwaniach wszyskie zmiany kiłowe ustąpiły, tak że tylko celem uchronienia chorego od rychlejszéj recydywy doprowadzono liczbę wstrzykiwań do 30. W ciągu leczenia żółtaczka ustąpiła bez leczenia zwróconego przeciw temu cierpieniu, a chorego ubyło na wadze tylko 3 funty (ze 115 na 112). Dotąd chory ten nie zgłosił się do szpitala z powodu jakichkolwiek zmian kiły powracającéj. Oba więc środki lecznicze, tj. tak nadmanganczian potasowy, jak i sublimat, rozwinęły w niniejszym przypadku skuteczną działalność.

2) Jan P., 26-letni rękawicznik z Mistelbachu, przybył 10 grudnia do zakładu klinicznego, gdzie rozpoznano: *Cicatrix indurata ad montem pubis. Moradenitis nuchalis et inguinalis. Syphilis secund. recens cutanea maculosa. Lichen syphilit. praecipue ad cervicem et dorsum. Condylomata lata ad labium oris inferius et ad angulum oris dextrum. Psoriasis palmaris.* Wrzodu stwardniałego na wzgórku łonowym nabawił się jeszcze w sierpniu, osutka kiłowa wystąpiła przed 3 tygodniami. Odżywienie dobre, waży 107 funt. Zalecono wstrzykiwania sublimatowe i do płukania jak zwykle chloran potasowy (10 : 600). W celu doświadczalnym zaszczepiono w obec uczniów na ramieniu po stronie zewnętrznéj wydzielinę ropną wziętą z wrzodu stwardniałego u kobiety *(Emma F., Ulcus induratum ad praeputium clitoridis*, późniejszy przebieg kiły dość ciężki). Wieczorem tegoż samego dnia powstało w miejscu zaszczepienia małe zaczerwienienie, a dnia następnego guzek z drobnym pęcherzykiem na szczycie; trzeciego dnia pęcherzyk się powiększył, podstawa guzowata i mocno zaczerwieniona dosięgła wielkości orzecha włoskiego, a dnia 4go po zaszczepieniu utworzył się wydatny wrzód podobny do furunkułu z zagłębieniem kraterowatém. Natychmiast wypalono po osiągnięciu tego dodatniego wyniku z doświadczenia wrzód ten, jak w ogóle wszystkie wrzody miękkie, rozczynem siarkanu miedziowego (1 : 4), lecz leczenie następowe było jeszcze potém nader uciążliwe, tworzyły się bowiem zatoki, podminowania skóry, jak przy złośliwych wrzodach miękkich, wymagające kilkakrotnego przecinania nożyczkami i wypalania, tak że dopiero po dwóch miesiącach z wyleczeniem tego sztucznego wrzodu uporać się zdołaliśmy, wpoiwszy w przekonanie słuchaczy, że zaszczepienie wydzieliny wrzodu stwardniałego u osoby dotkniętéj kiłą wywołuje sztuczny wrzód posiadający wszystkie charaktery wrzodu miękkiego.

Dnia 1 stycznia po 20 wstrzykiwaniach sublimatowych przypady kiłowe widocznie ustępują, po 30 wstrzykiwaniach ustąpiły zupełnie kłykciny, a wysypka guziczkowa pokryta

łusceczkami przyskórka pozlewana w gromadki ustąpiła dopiero po 35 wstrzykiwaniach z pozostawieniem plam barwikowych. Dopiero 26 lutego po zupełném zabliźnieniu wrzodu sztucznego opuścił chory zakład kliniczny zyskawszy 5 funt. na wadze (107 — 112 funt.).

W przypabku co dopiero opisanym potrzebną była znaczniejsza liczba wstrzykiwań do osiągnięcia pomyślnego rezultatu, dlatego, że w ogóle osutka kilowa guziczkowa w gromadki ustawiona należy do form cięższych kiły i opiera się przez czas dłuższy działaniu leków, niż zwykła osutka plamista lub guziczkowa, tak że gdybyśmy nawet w niniejszym przypadku użyli byli wcierań szaruchy, liczba ich doszłaby również najmniéj do trzydziestu. Chory ten dotąd nie pojawił się na klinice z powodu jakichkolwiek przypadów kiły powracającéj.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie zwyczajne Vte z d. 13 marca 1878.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 16.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Dr. Ściborowski zdaje sprawę z czynności komitetu sprawdzającego rachunki wydawnictwa rozprawi sprawozdań kom. baln. w r. 1877. Wykaz wydatków 81 zlr. 70 c. poparty alegatami sprawdzano i znaleziono zupełną w nim dokładność. Resztę pozostałą z funduszu wystawowego zlr. 31 c. 97 przeznaczono na dalsze wydatki kom. baln. oraz zarządowi udzielono absolutoryjum.

2) Dr. Ściborowski w zastępstwie Dra Hordyńskiego odczytuje wnioski podkomisyi wybranéj celem omówienia środków wprowadzenia galicyjskich wód lekarskich w handel w zdrojowiskach i uzdrowiskach zagranicznych. Na wniosek referenta kom. baln. uchwala: 1) wystósować w téj mierze odezwę do lekarzy polaków praktykujących w zdrojowiskach zagranicznych; 2) zawiadomić zarządy zdrojowo-kąpielne o zapadłéj uchwale i wezwać je o wydanie w języku niemieckim i francuskim opisów zdrojowisk i zakładów krajowych, o ile to dotąd nie zostało uczynioném.

3) Prof. Dr. Olszewski odczytuje następnie wyniki rozbioru chemicznego wody mineralnéj w Tużańsku (niedaleko stacyi kolei żelaznéj Szczawne, $3^1/_2$ mili od Łupkowa). W 1000 grm. woda ta zawiera:

Nazwa zdroju	Zdrój I.	Zdrój II.
Chlorku sodu (Na Cl.)	10·75660 grm.	5·11523 grm.
Węglanu sodowego ($NaOCO_2$)	0·26016 „	0·05962 „
Węglanu wapniowego ($CaOCO_2$)	1·11396 „	1·08386 „
Węglanu magnowego ($MgOCO_2$)	0·21932 „	0·21306 „
Niedokwasu glinu i żelaza	0·01453 „	0·00846 „
Razem	12·36457 „	6·48023 „
Składników stałych znaleziono przez odparowanie	12·49000 „	6·56750 „
Ciężar gatunkowy	1·01032 „	1·00543 „

Komisyja z podziękowaniem przyjmuje pracę tę do wiadomości.

4) Dr. Lutostański odczytuje sprawozdanie komitetu, wybranego z łona kom. baln. do ocenienia obecnego stanu zdrojowiska w Żegiestowie.

Po przemówieniu prof. Dra Altha, Dra K. Grabowskiego co do przystanku kolejowego w Żegiestowie, zabiera głos przewodniczący i w dłuższéj przemowie wykazuje godne pochwały usiłowania właściciela p. K. Medweckiego w celu podniesienia i rozwoju w mowie będącego zdrojowiska pomimo trudności finansowych, z jakiemi ma do walczenia. Obecnie p. Medwecki zamierza wybudować ozdobne nakrycie zdroju, zamyśla o ulepszeniu dotychczasowego sposobu napełniania flaszek na sprzedaż rozsyłanych, tudzież o urządzeniu w odpowiedni sposób kąpieli zimnych w Popradzie.

Dr. Wierzbicki zwraca uwagę na potrzebę założenia stacyi meteorologicznéj w Żegiestowie i czyni odpowiedni wniosek, który popiera Dr. Zieleniewski. Następnie zawiązuje się rozprawa nad obecném urządzeniem zdroju żegiestowskiego, w któréj biorą udział Dr. Zieleniewski, prof. Dr. Alth, Dr. Lutostański i prof. Dr. Grabowski.

Kom. baln. przyjmuje wnioski przez komitet czynione, a mianowicie uchwala: 1) przesłać sprawozdanie komitetu właścicielowi Żegiestowa; 2) zwrócić uwagę tegoż na potrzebę założenia stacyi meteorologicznéj nie zupełnéj i przy sposobności kom. baln. uchwala ogólną zasadę dla wszystkich zdrojowisk krajowych, aby rozbiory chemiczne wód lekarskich przynajmniéj co lat 10 były powtarzane.

5) Bibliotekarz Dr. Skórczewski zawiadamia komisyję o znakomitym darze spadkobierców śp. prof. Dra Dietla, którzy ofiarowali biblijotekę balneologiczną tego nieodżałowanéj pamięci szczerego opiekuna zdrojowisk krajowych.

6) Przewodniczący uzasadnia potrzebę wzmocnienia komisyi przez zaproszenie na członków tejże Dra Hordyńskiego lekarza zdrojowego w Karlsbadzie, Dra Dzikowskiego lekarza zakładowego w Morszynie. Wniosek przyjęto.

7) Dr. Lutostański odczytuje obszerny referat o wodach lekarskich w Rymanowie (powiat sanocki), własności JWnéj Anny z hr. Działyńskich hrabiny Potockiéj. Zdroje rymanowskie odkryto w r. 1876 i niedawno zostały chemicznie rozebrane przez prof. Dra Weselskiego w Wiedniu. Według tego chemika woda rymanowska w 10000 cz. zawiera:

Dwuwęglanu	żelazawego	0·1266
„	magnowego	0·4200
„	wapniowego	6·3270
„	sodowego	12·0527
Siarkanu	wapniowego	0·0425
Chlorku	sodu	55·2273
„	potasu	0·8116
„	litu	0·2610
„	magnu	0·4430
Bromku	magnu	0·0280
Jodku	magnu	0·1080
Bezwodnika	krzemowego	0·1840
„	węglowego	10·2090

Woda rymanowska zdaniem prelegenta należy do najznakomitszych szczaw słonych, w Europie najbardziéj zachwalanych, i ma jednakowy niemal skład chemiczny z wodami kissingeńskiemi, wskutek czego wodę rymanowską nazwać można polskim Kissingen.

W rozprawie nad tym przedmiotem zabierają głos prócz referenta prof. Dr. Korczyński i Dr. Warschauer.

Dr. Lutostański sekretarz.

IV. O wystawie w zakładzie dolno-austryjackim dla obłąkanych z powodu 25 rocznicy założenia tegoż urządzonéj.

Podał Dr. A. J. Laskiewicz-Friedensfeld.
Sekundaryjusz w klinice dla chorób nerwowych i umysłowych prof. Meynerta.

W r. 1853 umieszczono zakład dla obłąkanych na tak zwaném Brünnlfeld w pięknych nowych zabudowaniach, pośród pięknego parku położonych. Do owego czasu chorzy znajdowali się w wieży t. zw. *Narrenthurm*, którą cesarz Józef w r. 1784 obok ogólnego szpitala wybudować kazał. Kto miał sposobność widzenia ciemnych, w kraty żelazne zaopatrzonych komórek tego budynku i kto zechce je porównać z dzisiejszém urządzeniem zakładów dla obłąkanych, tego

niezawodnie ucieszy znakomity postęp, widoczny wreszcie na każdym kroku, każdym przedmiocie, któremu się przypatrzył na wystawie urządzonéj z powodu 25 letniego istnienia nowego zakładu.

Mimowoli zaraz przy wejściu do zakładu na myśl przychodzi różnica pomiędzy „staremi i nowemi czasy“. Gdy cesarz Józef pismem własnoręcznem polecił Quarinowi, znakomitemu nauczycielowi uniwersytetu tutejszego a naówczas dyrektorowi szpitala ogólnego, chorych obłąkanych więzionych, dręczonych głodem, rozkazał także aby nieczystych i niespokojnych przykuwano do ściany komórek. Dziś zaś na bramie, która ozdobiona w chorągwie i kwiaty wita gości zwidzających wystawę, czytaliśmy słowa: *„Psychiatriae symbolum humanitas sit“*, jako wyraz nowego ducha opiekuńczego, który nowém natchnął lekarzy życiem. Nietrudno wreszcie dopatrzyć się, że dziś zadaniem zakładu jest dostarczenie chorym na umyśle tyle zajęcia, przyjemności i rozrywek, aby każdy mógł, jak najprzyjemniéj i najwygodniéj przepędzić czas i czuł się jakby we własnym domu.

Przy otwarciu wystawy obecny był Cesarz. Oczekiwało go o przeznaczonéj godzinie około 50 osób, mężczyzn i pań zaproszonych przez dyrekcyję zakładu. Pomiędzy tymi widzieliśmy prezesa ministrów ks. Auersperga, ministrów Stremayera i Glasera, znaczną liczbę lekarzy znakomitszych, profesorów uniwersytetu, reprezentantów władz, posłów i t. d. Obecnym był także Dr. Czedik były szef sekcyjny ministeryjalny, o którym dla tego wspominamy, że w r. 1866 kiedy jeszcze był członkiem wydziału krajowego, szczególnie za jego staraniem i nieuleczalnych dotąd zawsze jeszcze więzionych we wspomnianéj wieży, także do zakładu dla obłąkanych przeniesiono.

Gdy Cesarz przybył powitał go prałat Helferstorfer, marszałek krajowy, krótką przemową a potém dyrektor zakładu prof. Schlager oprowadzał Go i obecnych gości po wystawie tłumacząc znaczenie, pochodzenie i użycie przedmiotów wystawy, jak i urządzenie całego zakładu, poczém za mierną cenę wstępną przypuszczono także publiczność.

Do najgłówniejszych przedmiotów wystawy należą dwie nowo przybudowane części zakładu. Gdy przed dwoma laty zabrakło miejsca dla chorych w zakładzie, których zresztą przeszło 600 tam się mieści, po niemałych nieporozumieniach i sprzeczkach z gminą, o których Przegląd donosił, postanowił Wydział krajowy przybudować nową część, którą z ukończeniem wystawy obejmie dyrekcyja, a którą marszałek krajowy podczas otwarcia wystawy polecił opiece Cesarza. Jedna część budynku nowego przeznaczona jest dla niespokojnych chorych płci męskiéj, druga zaś dla zanieczyszczających się i ciężko chorych obłąkanych, a mianowicie dla porażonych i epileptyków. Obie części nietylko noszą na sobie cechę postępu, w skutek którego z dawnych domów dla obłąkanych podobnych do więzień powstały domy lecznicze, będące przytułkiem dla nieszczęśliwych, ale widocznemi są i najnowsze urządzenia, owoc zdobyczy nauk lekarskich i długoletnich doświadczeń.

Przypatrzmy się najsamprzód téj części, która jest przeznaczoną na przyjęcie mężczyzn szaleńców i niespokojnych. Główna jéj część zajmuje szeroki korytarz, jasny i długi, z którego okien widać klomby i ścieżki ogrodu. Ztąd prowadzą drzwi do komórek osobnych *(Isolirzellen)*, które są przeznaczone na pomieszczenie chorych podczas napadów, w których siebie i drugich uszkodzićby mogli. Drzwi są drewniane bez klamek i wrzeciądzy. Mały lejkowaty otwór, który się od korytarza zamyka, służy na to, aby dozorca w każdéj chwili mógł widzieć, co chory robi. Ogrzewają i wentylują się komórki za pomocą ogrzewaczy pomysłu Dra Böhma. Okno znajduje się na górze, zaopatrzone jest w okiennicę, którą się zamyka, jeżeli chory ma pozostawać w ciemności. W nocy oświeca się komórkę za pomocą gazu. Podłoga jest asfaltowana i pokryta drugą drewnianą podłogą. Oprócz tego znajduje się dla bardzo niespokojnych chorych kilka komórek, których ściany są wyłożone kauczukiem i pokładem korku, jak np. podłoga w biblijotece w Petersburgu i w zakładach dla obłąkanych w Holandyi i Anglii, których celem jest zapobieżenie uszkodzeniu. Komórki są bardzo obszerne, ale nie tak wysokie, jak w klinice prof. Meynerta, gdzie takie okna są lepiéj urządzone, są bowiem wielkie i bez krat, lecz tak wysoko położone, że chory żadną miarą do nich po gładkiéj cementowanéj ścianie dostać się nie może.

Drugi obszerny dwupiętrowy budynek, jak wspomnieliśmy, przeznaczony jest dla nieczystych i niespokojnych chorych, i jest tak jak oddział prof. Meynerta połączony z odosobnionym ogrodem. Na drugim piątrze tego gmachu znajdują się pokoiki dla chorych płacących (dwie klasy), bardzo wygodnie urządzone; sprzęty są piękne, ściany pokryte obrazami i sztychami a tuż obok znajduje się także biblijoteczka. Nawet pokoje klasy drugiéj, w których mieszka po 4 chorych, przedstawiają widok dobrze urządzonych mieszkań stanu średniego. Znajdują się tu także lustra i zegary. Od chorych téj klasy opłaca się 1 złr. 20 ct. dziennie, jeżeli są urodzeni w dolnéj Austryi, a 2 złr. od wszystkich innych. Dotąd jednak bardzo trudno pomieścić stale chorych nie urodzonych w dolnéj Austryi, gdyż publiczność ma wielkie zaufanie do tutejszego zakładu, w skutek czego bardzo często miesiącami czekali chorzy, zanim jedno miejsce się opróżniło. Z równą troskliwością urządzone są sale dla pomieszczenia najuboższych nawet chorych. Dla tych urządzono wspólną salę do zabaw i pracy. Przy wielkim stole zasiadają chorzy, aby się wspólnie posilić. Stół pięknie nakryty, naczynie i talerze z białéj polewanéj gliny, a naczyń blaszanych dawniéj wszędzie w zakładach używanych tutaj wcale nie widać. Fortepian, stół bilardowy, stoły do kart, piękne akwaryjum, maszyna do szycia, służą w części do zabawy, w części do pracy.

Daléj wystawione są rozmaite przyrządy potrzebne do leczenia obłąkanych. Wspomnimy tylko o przyrządach potrzebnych w elektroterapii, o noszach i lektykach potrzebnych do przenoszenia; daléj znajduje się tu łożko, które ogrzewać i przenosić można, kołdry, które nawet zębom szaleńców się opierają. Znachodzimy także plany i rysunki innych zakładów i plan staréj wieży waryjatów, plan kliniki dla obłąkanych prof. Meynerta wraz z nowo tamże przybudowaną częścią dla niespokojnych i hałaśliwych chorych. Portrety umysłowo chorych ustawionych według dzieła Dra Morisona pod względem naukowym nie mają znaczenia. Opodal jest zbiór fotografij psychijatrów i lekarzy zakładów dla obłąkanych. Klinika prof. Leidesdorfa, znajdująca się obecnie tam, gdzie dawniéj (do r. 1875) była klinika Meynerta, wystawiła po części znane już przyrządy i wyroby, po części rzeczy nie mające wartości pod względem ściśle naukowym, jak np. grube przecięcia mózgu prawidłowego, daléj mikrotom prof. Guddena, za pomocą którego można wielkie i cieńkie przecięcia mózgu robić. Mikrotom mniejszy Leysera w Lipsku, przyrządy elektryczne, sfigmograf Mareya znane są dostate-

cznie. Oprócz tego wystawiła klinika znaczną ilość preparatów, pomiędzy któremi skrawki rdzenia pacierzowego małpy cierpiącéj na uwiąd.

Bardzo ciekawy i liczny jest zbiór wyrobów anatomicznych z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Heschla; są to po większéj części okazy zebrane przez Rokitańskiego. Mózgi płodów mających 3 miesiące aż do 8 miesięcy, mózgi noworodków, czaszki i mózgi cierpiących padaczkę, wodogłowie, mikrocefalię i t. d. Zajmującym jest zbiór odmian zawojów mózgu zresztą prawidłowego, pochodzącego od ludzi zdrowych. I tak w głębinie zawoju potylicowego pierwszego (Ecker) przegroda (*Überbrückung*) rowka środkowego (*Centralfurche*), u 54-letniego człowieka lewa wyspa Reila w skutek krótkości pokrywki (*operculum*) obnażona, u noworodka brak spoidła, takiż mózg kobiety 44-letniéj, dziewczyny 20 letniéj, mężczyzny 60-letniego i kobiety 32-letniéj cierpiącéj chorobę umysłową. Daléj są tu wystawione ciekawe fotografie mózgu z m i k r o g y r i a i cały szereg mózgów z przewodem prowadzącym od powierzchni mózgu do komórki bocznéj, pochodzący od chorych na mózg, ogłupiałych, niedołężnych i samobójców; liczne czaszki cierpiących wodogłowie i czaszki niekształtne w skutek przedwczesnego zrośnięcia szwów. Zbyteczną wreszcie było rzeczą, że wystawiono także czaszki i mózgi kilku zbrodniarzy.

Prawdziwą ozdobą téj części wystawy były cieniutkie i wielkie skrawki mózgu prawidłowego i ze zmianami chorobowemi, uskutecznione przez prymaryjusza Dra Hollera według nowego sposobu własnego pomysłu. Wystawione są przypadki krwotoków podoponowych i t. d. Sprawozdawca widział u Hollera ogromne przecięcia przez cały mózg, nadzwyczajnie cienkie, które Holler wysłał na wystawę paryską. Rysunki przecięć znaleść można w cennym jego kolorowanym atlasie. Pomiędzy fotografiami większemi zdobiącemi wystawę widzieliśmy także fotografię psychijatry Dra J. Conollego, który pierwszy wprowadził bezprzymusowy sposób leczenia obłąkanych.

W wystawie wziął udział także Wydział krajowy galicyjski. Zakład krajowy w Kulparkowie przysłał plany, wzory i spisy tyczące się administracyi zakładu (6 sztuk), daléj wyroby ręczne kobiece, koszyki z chleba ulepione, suknie, bieliznę, obuwie, którego używają chorzy i plecionki ze słomy, także wyroby chorych pomieszczonych w zakładzie. W podobny sposób wzięły udział w wystawie i inne zakłady austryjackie, tak że wystawa daje dostateczne wyobrażenie o stanie zakładów psychijatrycznych w Austryi w ogóle.

Pod względem psychologicznym dalsze dwie sale wystawy są bardzo ciekawe. Są tu pomieszczone wyroby obłąkanych; w pierwszéj sali wyroby wchodzące w zakres sztuki, w drugiéj w zakres przemysłu lub rękodzielnictwa. Obrazy olejne, rysunki kredką, ołówkiem i piórem wykończone, drobnostkami tylko zdradzają, że pochodzą z ręki którą kierował umysł chory, pogmatwany tok myśli i zamglone poznanie. Młody malarz Rieger mieszkaniec tutejszego zakładu wystawił szereg pejsażów świadczących o bystrém spostrzeganiu i o troskliwéj w wykończeniu ręce. Największa atoli część obrazów pochodzi z ręki Kratkyego. Portrety, pejsaże, obrazy historyczne, alegoryje, razem więcéj niż 20 obrazów zdobią wystawę. Najciekawszym jest obraz przedstawiający bal w domu obłąkanych. Nietylko towarzysze chorego są portretowani, ale także lekarze zakładu, a w środku znachodzimy alegoryję, która rzuca smętne światło na samo usposobienie malarza: mężczyzna pełen poetycznego natchnienia gasi światło pochodni, którą trzyma młoda, cudnéj piękności dziewczyna, która się pochyliła aby podnieść próżną łupinę orzecha.

Z wyrobów przemysłowych we wielkiéj tu nagromadzone ilości są bižuteryje, medaliony, obrączki, wyroby z drzewa, z robót kobiecych misternie wykończone haczkowanie, siatki, hafty, suknie i t. p. Przedmioty te przedają się a dochód przeznaczony na polepszenie bytu chorych, którzy je wyrobili.

Samą wystawę bardzo wiele zwidzało ludzi (przeszło 15,000). Na pokrycie kosztów tejże przeznaczył Wydział krajowy dolno-austryjacki 500 złr., w skutek czego czysty dochód wynosi 3000 złr., tak że fundusz szkolny zakładu teraz wynosić będzie 4500 złr. Bardzo znaczną ilość przedmiotów wystawionych sprzedano po dobréj cenie. Kratkyego „bal w zakładzie“ zakupiono za 100 złr., tak że już ten chory sam posiada 1000 złr. w depozycie, którą kwotą się rozporządzi według woli kuratorów chorego. Na zakończenie wystawy urządzono dwie uroczystości w zakładzie, z których pierwszą dano na cześć uczestników zjazdu psychijatrycznego, a drugą dla rozrywki chorych. Koszta téj ostatniéj pokrył Wydział krajowy. Rozpoczęła się koncertem w parku, poczém śpiewacy (chorzy zakładu) odśpiewali kilka pieśni. O zmroku oświetlono park a w sali o godz. 7méj rozpoczęły się tańce, które trwały do godziny 2 po północy.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 15 sierpnia. Z powodu powołania do służby wojennéj wielkiéj liczby lekarzy Wydział zawiadowczy związku towarzystw lek. austryjackich postanowił odroczyć wiec lekarski, który się miał odbyć d. 3 i 4 października rb. w Gracu.

* Według nadesłanych nam wykazów do d. 10 b. m. bawiło w Krynicy gości 1640, w Cieplicach czeskich do dn. 17 b. m. 9529, a w Giesshüblu do tegoż dnia osób 102.

* Cholera azyjatycka wybuchła gwałtownie i jednocześnie na afrykańskiém wybrzeżu morza śródziemnego i w Woroneżu w Rosyi

○ S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i W tygodniu 32 (od 4 do 3 sierpnia) umarło w Krakowie osób 38; mężczyzn 16 i kobiet 22; w obwodach 24 i w szpitalach 14; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 35.3. Z chorób zakaźnych zmarło w tymże czasie 6 osób, mianowicie: z dławca 1, z krztuśca 1, z duru brzusznego 2, z posocznicy 2.

* **Wiedeń**. Przed kilku dniami przybył pierwszy pociąg sanitarny z placu boju do Gracu; mieścił on w sobie 100 żołnierzy chorych i rannych. Równocześnie pociąg sanitarny zakonu maltańskiego pod dowództwem hr. T h u n - H o h e n s t e i n a opuścił Wiedeń; towarzyszyli mu lekarze Drowie R e d t e n b a c h e r i T i n u s z Wiednia.

* **Paryż**. Zjazd sądowo-lekarski rozpoczął się d. 12 bm. w pałacu Tuilierów. Przewodniczącym obrany Devergie, zastępcami jego G r o s z (z Budapesztu), V l e m i n k x (z Brukseli) i L u n i e r, sekretarzem G a l l a r d. Po zagajeniu przez przewodniczącego zastanawiano się na tém posiedzeniu nad żądaniem znawców sądowolekarskich, nad znaczeniem wybroczyn podopłucnowych i zgodzono się, że wybroczyny te same przez się nie stanowią jeszcze cechy śmierci z uduszenia. G a u c h é czytał o znaczeniu sądowol. zmian źrenicy, V i g n a u d przypadek sądowol. G a l ę z o w s k i roztrząsał pytanie, czy powieki mogą się same zamykać po śmierci człowieka. (*Progrès médical* Nr. 33).

* **Mianowania i odznaczenia.** Katedrę opróżnioną w *Collège de France* po Kl. Bernardzie otrzymał B r o w n - S é q u a r d.— Posadę doradzcy chirurga przy szpitalu dziecięcym Cesarzewicza Rudolfa we Wiedniu, piastowaną dotąd przez Dra Winiwartera, otrzymał prof. F r i t s c h. — Prof. V o i t wybrany został na rok przyszły rektorem uniwersytetu w Monachijum. — Dr. F o r s t e r w Monachijum i Dr. R o s e n b e r g w Dorpacie powołani zostali

do Amsterdamu, pierwszy jako prof. higijeny, ostatni jako prof. anatomii porównawczéj.

* **Nekrologija**. W Bex w Szwajcaryi umarł tajny radzca prof. Dr. Herman Lebert, do ostatniéj chwili życia swego czynny jako lekarz i pisarz. Urodzony w r. 1813 we Wrocławiu nie mając tamże widoków otrzymania posady z powodu wyznania żydowskiego udał się do Szwajcaryi i Francyi, gdzie najważniejsze swoje prace ogłosił w języku francuskim. W r. 1852 mianowany prof. kliniki w Zurychu powołany został ztamtąd w r. 1859 do miasta swego rodzinnego. W r. 1874 z powodu słabości zrzekł się swéj posady i dotąd żył w Szwajcaryi. — W Manchesterze † Dr. Wilkinson, prezes towarzystwa British medical Association, licząc lat 65.

Redakcyja otrzymała:

Dra Edwarda SEGLA (w Rzeszowie): Spiegelbilder aus dem ärztlichen Leben. Wien 1878. M. Perles, in 8vo str. 153.
(O téj książce zdamy sprawę).

Redaktor Przeglądu Lek. wyjeżdża na tydzień; zastępować go będzie Dr. A. Wurst, asystent kliniki okulistycznéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 31 Sierpnia 1878. № 35. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34.)

3) Chane G., lat 17, przybyła w dniu 19 listopada 1877 na naszą klinikę z wydatnem cierpieniem kiłowém: *Syphilis secundaria recens cutanea maculosa Polyadenitis inguinalis ambilateralis. Condylomata lata ad labia pud.* Przeciw zmianom kiłowym zalecono wstrzykiwania podskórne z sublimatu, a okok tego przeprowadzono leczenie miejscowe przeciw klykcinom postępując według metody Chérona. Już po 10 wstrzykiwaniach ustąpiła osutka plamista, a kłykciny pokryły się przyskórkiem po użyciu 3-krotném metody Chérona, tak że chorą po 16 dniach leczenia, w ciągu których zrobiono 15 wstrzykiwań, można było wypuścić na wolność. Wstrzykiwania nie sprawiały jéj znaczniejszego bólu, nacieki były tylko nieznaczne i znikały w przeciągu dni kilku.

Po $3\frac{1}{2}$ miesiącach powróciła chora do zakładu z dość łagodnymi objawami kiły powracającéj w postaci kłykcin na migdałkach i 2 guziczków sączących na częściach rodnych. Obok tego wziernik krtaniowy wykazał zapalenie nieżytowe błony śluzowéj krtani. Celem uchronienia choréj od zbyt rychłéj recydywy zalecono jeszcze raz choréj dobrze odżywionéj wstrzykiwania sublimatowe, których otrzymała 13. Mimo 28 wstrzykiwań chora zjawiła się jeszcze raz w zakładzie klinicznym z bardzo ładną formą osutkową plamistą rozsianą po skórze w formie kół nadzwyczaj podobnych do liszaja plamistego *(Herpestonsurans maculosus)*, i jednym tylko guziczkiem sączącym na częściach rodnych, a w chwili kiedy do pracy do druku już oddanéj dołączam ostatnie te spostrzeżenia, zalecono choréj po raz trzeci wstrzykiwania sublimatowe z powodu formy łagodnéj i nieszkodliwego wpływu tego leczenia na ustrój choréj (2 lipca).

W ostatnim wreszcie przypadku, który przytoczyć się ośmielam, u 28-letniéj Agneszki K., wywarły wstrzykiwania sublimatowe wpływ nadzwyczaj pomyślny na rozległe kłykciny z mocnym przerostem brodawek zalegające całe podniebienie miękkie i przyległe łuki przednie wraz z migdałkami *(Syphilis papillomatosa pallatimollis. Tramboösia syphilitica)*, gdyż bez jakiegokolwiek leczenia miejscowego już po 10 wstrzykiwaniach kłykciny te przypłaszczyły się i pokryły przyblonkiem, a po 14 wstrzykiwaniach, kiedy już chora dostała lekkich przypadów zapalenia dziąseł *(stomatitis mercurialis)* i ślinotoku, kłykciny te znikły bez śladu.

Z przytoczonych co dopiero historyj chorób wynika jasno, że sublimat połączony z solą kuchenną i morfinem stanowi niezaprzeczenie dzielny środek terapeutyczny przeciwkiłowy nadający się bardzo dobrze do wstrzykiwań podskórnych, gdyż łatwe jego przysposabianie i stałość przetworu ułatwiają nader użycie jego w praktyce codziennéj, tak szpitalnéj, jak i prywatnéj, a wpływ jego na zmiany kiłowe jest dzielny i w niczém zgoła nie ustępuje pierwszeństwa środkom poprzednio już omówionym posiadając nadto co dopiero wspomniane zalety tj. taniość i stałość. Wprawdzie nie usuwa on zmian kiłowych bezpowrotnie, ale też do dziś dnia nie znamy środka w terapii kiły tak skutecznego, aby czynił zadosyć tym idealnym wymaganiom praktyka, gdyż jak słusznie Ziemssen w swych uwagach o leczeniu kiły powiada: nie znamy takiéj metody leczenia, któraby doprowadziła do zupełnego wyleczenia kiły ogólnéj, a wszelkie leczenie tego cierpienia jest tylko symptomatycznem; temu zatem leczeniu należy przyznać pierwszeństwo, które najmniéj naraża na szkodę ustrój usuwając mimoto objawy kiły. Częstsze lub rzadsze pojawienie się recydywy kiły stoi dopiero na drugim planie. Racyjonalne połączenie leczenia ogólnego i miejscowego w sposób dla ustroju nieszkodliwy dopełnia tych warunków w zupełności". *(Dr. Ziemssen Wiesbaden. Ueber die*

Behandlung der Constitutionellen Syphilis VI. Congress der deutsch. Gesellschaft für Chirurgie.) Zazwyczaj przybywanie chorych na wadze, dobre ich odżywienie i wyglądanie nawet w przypadkach recydywy kiły, niczem niezamącone funkcyje ustroju przy leczeniu za pomocą wstrzykiwań podskórnych przemawiają aż nadto dostatecznie, że ten sposób leczenia kiły za pomocą drobnych dawek rtęci przez czas dłuższy dopełnia racyjonalnego warunku żądanego przez Ziemssena tj. usuwa zwolna przypady kiłowe w sposób dla ustroju nie szkodliwy, zasługuje więc z powyższych względów na zupełne uwzględnienie. Stwierdzają to przekonanie moje także doświadczenia robione przez Dra Reyesa *(Americ. Journ. of the medic. scienc. 1876.)* wyświecające działanie małych dawek rtęci na czerwone ciałka krwi. Z doświadczeń cennych tegoż autora wynika, że tak kiła, jak i wielkie dawki rtęci zmniejszają ilość ciałek krwi czerwonych podczas gdy dawki małe rtęci samej lub w połączeniu z jodkiem potasu do ustroju wprowadzone pomnażają ilość ciałek krwi czerwonych u osób kiłą dotkniętych. Nawet u osób kiłą niedotkniętych wywiera rtęć takież samo działanie. Czy zatém rtęć niszczy jad kiłowy wywołujący rodzaj fermentacyi, czytéż z drugiéj strony naprawia złe wyrządzone przez jad kiłowy zwiększając liczbę ciałek krwi czerwonych, zawsze działanie jéj dla organizmu jest zbawiennem, jeżeli wprowadzamy ją do ustroju w sposób dlań nieszkodliwy.

Pod tym przeto względem zasługują wstrzykiwania przetworów rtęciowych na zupełne uznanie, a z pomiędzy nich zasługuje lek ten na pierwszeństwo, który jednoczy w sobie zalety wszystkich unikając ich stron ujemnych. Wprawdzie może już nie daleka przyszłość obezna nas z takim lekiem idealnym, obecnie jednak z pomiędzy wszystkich przetworów, z którymi przeprowadzałem doświadczenie, za lek najprostszy i najracyjonalniejszy uważam sublimat połączony z solą kuchenną z dodatkiem narkotyku lub bez tegoż a to z powodów poprzednio już wyłuszczonych, które jeszcze raz streszczam w sposób następujący:

1) Roztwór sublimatu połączonego z solą kuchenną usuwa zmiany kiłowe cechujące tak kiłę pierwotną, jak i wtórorzędną w przeciągu czasu stosunkowo dość krótkiego.

2) Ustrój z przeprowadzenia lekowania za pomocą tego rodzaju wstrzykiwań nie odnosi żadnej szkody, gdyż objawy zadrażnienia miejscowego po wstrzyknięciu są nieznaczne, a chorzy w ogóle po przeprowadzeniu leczenia okazywali dobre odżywienie i zazwyczaj przybytek na wadze, w przypadkach nawet cięższych wyjątkowo ubytek nader nieznaczny.

3) W przypadkach kiły powracającéj po wstrzykiwaniach według téj metody odżywienie chorych nie pozostawiało nic do życzenia, a objawy kiły były zazwyczaj bardzo łagodne.

4) Sposób ten leczenia jednoczy w sobie wszystkie zalety wprowadzania do ustroju dawek małych leku w sposób szybki, ściśle umiejętny z zachowaniem czystości tak pożądanéj w zakładach szpitalnych.

5) Chorzy nie doznają przerwy w swych zajęciach i łatwiéj mogą się narazić na zmiany klimatyczne tak znaczne w naszym kraju.

6) Taniość i stałość leku nader prostego umożliwia bardzo przeprowadzenie leczenia za pomocą wstrzykiwań podskórnych, a nieznaczny ślinotok, który czasem dopiero po kilkunastu wstrzykiwaniach się pojawia, ustępuje łatwo i szybko zwłaszcza, jeżeli się na dni parę usunie jego przyczynę.

Korzyści co dopiero przytoczone wynikające z używania sublimatu połączonego z solą kuchenną do wstrzykiwań podskórnych celem leczenia kiły są zbyt wielkie, aby tego sposobu leczenia zaniechać w przypadkach niezbyt złośliwych li tylko z powodu nieznacznego bólu, jaki sprawia jego zastosowanie, jednakowoż przyznaję otwarcie, że są przypadki kiły zwłaszcza cięższe, szczególniéj zaś przypadki kiły późnéj grożącéj zniszczeniem organów ważnych, w których wyrzec się należy sangwinicznych nadziei z użycia metody wstrzykiwań podskórnéj i wprowadzania zwolna do ustroju małych dawek rtęci, lecz z równoważyć należy groźne złe obok należytego uwzględnienia stosunków dyjetetycznych i klimatycznych za pomocą dawnéj metody wcierań szaruchy połączonych z podawaniem jodku potasu na wewnątrz, a zwolennik tego rodzaju leczenia Sigmund w Wiedniu *(Die Einreibungs cur bei Syphilis formen. Wien 1878.)* uzasadnił umiejętne przeprowadzenia wcierań szaruchy zbyt wymownemi słowy, aby w przypadkach rozpaczliwych nie hołdować wynikom, jakiemi energiczna ta kuracyja poszczycić się może.

Na zakończenie uwag moich o działaniu środków rtęciowych wprowadzonych do ustroju drogą wstrzykiwań pod skórnych w celu lepszego jeszcze uwydatnienia ich stron dodatnich i ujemnych przytoczę parę przypadków leczonych jużto jodkiem rtęci podawanym na wewnątrz, jużto za pomocą wcierań szaruchy, aby łaskawi czytelnicy tem bezstronniéj wyrobili sobie zdanie przez porównanie rożnych przedstawionych tu sposobów leczenia.

A więc kilka uwag o leczeniu łagodnych form kiły pierwszo i wtórorzędnéj za pomocą jodku rtęciowego objaśnię najpierw przez przytoczenie zwykłego przypadku chorobowego, jaki tak często codziennie prawie zdarza się w praktyce szpitalnéj lub prywatnéj:

Franciszek W., lat 52, służący, dobrze zbudowany i odżywiony, przybył 13 października 1875 na klinikę naszą, gdzie po dokładnem zbadaniu rozpoznano: *Ulcus induratum sub. f. Excoriationis ad internam faciem praeputii subsq. Paraphimosi. Polyadenitis inguinalis ambilateralis levis. Syphilis secund. recens cutanea maculo papulosa.* Zalecono choremu na wewnątrz *Protojoduretum Hydrarg. (0,07 pro die)*, a miejscowo *Sublimat. Corros (0,10 : 40).* Zaraz w dwa dni po użyciu pigułek uskarżał się chory na bóle żołądkowe, skutkiem czego dodano do pigułek Laudanum, a mianowicie połowę tego, co Protojoduret Hydrarg.

Rp. Protojodur Hg. 10 gran = 0,70
Laudani puri 5 gran = 0,35
Extr Liquir q. s. ut f. pilulae 30
Po 3 pigułki dziennie.

Po 10 dniowem zażywaniu pigułek (razem 30) wrzód się zabliźnił, napletek nie da się jeszcze dobrze odprowadzić. Osutka jeszcze nie ustąpiła. Chory zaczął zażywać po 4 pigułki. 16 listopada chory opuścił zakład na usilne żądanie, pomimo że jeszcze stwardniałość wydatna na wewnątrz powierzchni napletka się utrzymuje. Paraphimosis ustąpiła wraz z osutką zupełnie. Po guziczkach pozostały plamki barwikowe. Chory wyżył 90 pigułek tj. 2 grm. przeszło protojodureti (2,10) czyli koło 1,52 czystéj rtęci, a 0,57 jodu.

Przypadek niniejszy dowodzi, że lekka forma kiły wtórorzędnéj ustępuje pod wpływem łagodnych przetworów rtęci wprowadzonych przez przewód pokarmowy do ustroju, jak nas zresztą o tém codzienne doświadczenie poucza. Na wy-

wołanie tego samego skutku jednak wystarczyłoby daleko mniéj rtęci wprowadzonéj do ustroju drogą wstrzykiwań podskórnych, bo mam to przekonanie, że łagodne te objawy ustąpiłyby już po 20, co najwięcéj 25 wstrzykiwaniach, czyli po użyciu 0,20 — 0,25 sublimatu, a więc 0,15 — 0,18 rtęci metal. Z porównania tego wynika aż nadto jasno, że ten sam skutek zostaje osiągnięty przy użyciu metody wstrzykiwań podskórnych minimalną dawkę rtęci, który w całości wniknąwszy w soki ustroju potrafi wywrzeć działanie pożądane. Druga okoliczność zasługująca na uwzględnienie jest czas leczenia. Chory powyższy przy zażywaniu jodku rtęciowego pozostawał 34 dni w leczeniu. W razie leczenia metodą wstrzykiwań podskórnych byłby potrzebował pozostać w każdym razie krócéj, bo 20 — 25 dni pod obserwacyją lekarską; jeżeli zaś zważymy, ile razy z powodu bolów żołądkowych lub biegunki musimy zaprzestawać na parę dni leczenia za pomocą pigułek jodo-rtęciowych, przyznać musimy w każdym razie pierwszeństwo wstrzykiwaniom w praktyce szpitalnéj. Inaczéj rzecz się ma z dogodnością dla chorych w praktyce prywatnéj. Tutaj chory mimo drażnienia żołądka przez przetwory rtęciowe na wewnątrz podawane, przyzna pierwszeństwo pigułkom ze względu na dogodność kuracyi, gdyż nie potrzebuje codziennie być u lekarza i znosić lekkiego bolu towarzyszącego zastrzykiwaniu, a w końcu i koszta kuracyi pigułkami są mniejsze, chociaż leczenie to przewleka się nieraz dość długo i nie widać zawsze dość energicznego jego wpływu. Nie wiem dla jakich powodów Sigmund *(Ueber neuere Behandlungsweisen der Syphilis. Wiener klinik 1876.)* przyznaje dawnemu sposobowi leczenia za pomocą pigułek jodo-rtęciowych pierwszeństwo co do skuteczności nad wstrzykiwaniami, gdyż moje doświadczenie pouczyło mnie, że w przypadkach, w których przy zadawaniu jodku rtęciowego zmiany kiłowe nie ustępowały dość szybko pomyślny zwrot w leczeniu osiągnąłem zawsze za pomocą wstrzykiwań podskórnych z białkanu rtęciowego a jeszcze bardziéj z sublimatu. Lubo zatem jestem zwolennikiem jodku rtęciowego i w przypadkach zwykłych łagodnych celem przyśpieszenia wrzodu stwardniałego lub usunięcia nieznacznych objawów kiły świeżéj niemal codziennie go zapisuję, jednakowoż chętnie i bezstronnie przypisuję większą działalność wstrzykiwaniom podskórnym zwłaszcza z sublimatu połączonego z solą kuchenną uważając go za stopień pośredni w ogniwie metod leczenia, z których pierwsze stanowi jodek rtęciowy, a ostatnie jako najenergiczniejsze wcierania szaruchy.

W celu dokończenia zaczętego porównania przytaczam pokrótce dwie historyje chorób, w których chorzy dotknięci kiłą leczeni byli przed 3 blisko laty za pomocą wcierań.

Julijan J., 18-letni orgarmistrz z S., przybył 4 grudnia 1875 na klinikę naszą z osutką kiłową, plamistą dość obficie porozrzucaną po tułowiu i kończynach zwłaszcza górnych, pomiędzy którą tu i owdzie, szczególniéj zaś na grzbiecie widoczne są drobne guziczki. Gruczoły pachwinowe po obu stronach mocno obrzękłe dosięgają wielkości orzechów włoskich. Ujście napletka zwężone z powodu stwardniałości wcale znacznéj. Budowa chorego wątła, odżywienie nieszczególne *(Phimosis ex Induratione praeputii insigni. Syphilis sec. recens cutanea maculo-papul. Polyadenitis inguinalis et nuchalis insignis).* Zalecono choremu wcierania co 2gi dzień po $^1/_2$ drachmy, 2 grm. obok przestrzykiwań napletka rozczynem azotanu srebrowego (1 : 200), a nadto tran rybi po 2 łyżki dziennie na wewnątrz. Po 6 wcieraniach ustąpiły plamy w zupełności i gruczoły pachwinowe zmalały, ale karkowe obrzmiały jeszcze bardziéj. 6 stycznia tj. po 15 wcieraniach ustąpiła stulejka, stwardniałość na wewnętrznéj powierzchni napletka nieznaczna, gruczoły zmniejszyły się znakomicie.

W 10 dni później otrzymawszy dwadzieścia wcierań chory wyleczony opuścił zakład stosunkowo dobrze odżywiony.

Zastósowanie metody wstrzykiwań podskórnych z pewnością nie osiągnęłoby lepszego wyniku, tylko czas leczenia byłby krótszy. Z powodu wątléj budowy chorego postępowano nader ostrożnie; zalecono wcierania tylko co 2gi dzień, co zabrało 42 dni czasu, podczas gdy wstrzykiwania możnaby było robić codziennie; czas leczenia skróciłby się co najmniéj o dni 10.

2) Maryjanna Ch., 18-letnia wyrobnica ze Spytkowic, przybyła 20 listopada 1875 na klinikę, gdzie rozpoznano: *Syphilis secundaria cutanea papulosa miliformis. Defluvium capillorm insigne. Condylomata lata ad labia pudenda majora nec non sclerosis labii pud. maj. sin. Polyadenitis inguinalis ambilateralis.* Cierpienie ma się datować od $1^1/_2$ miesiąca, wówczas mianowicie chora zauważyła osutkę prosowatą w gromadach porozrzucaną po tułowiu i kończynach. Zalecono choréj wcierania szaruchy po $^1/_2$ drachmy, 2 grm. codziennie.

Po 20 wcieraniach (16 grudnia) osutka znikła zupełnie z pozostawieniem tylko plamek barwikowych, tylko się jeszcze na wardze wstydliwéj lewéj stwardniałość niezbyt już znaczna utrzymuje.

3 stycznia opuściła chora zakład otrzymawszy 25 wcierań; po stwardniałości pozostał zaledwie ślad, a po osutce plamki barwikowe były jeszcze widoczne. Dni leczenia 44. Mniéj więcéj takiego samego czasu trzebaby było na ustąpienie zmian przy użyciu wstrzykiwań podskórnych, których liczba w obec formy dość uporczywéj doszłaby co najmniéj do 35 jakto w podobnym przypadku powyżéj już wykazałem. Wielką jednakże różnicę wykazuje porównanie co do ilości użytéj rtęci metalicznéj. W przypadku pierwszym użyto 20 wcierań czyli 10 drachm = 45 grm. szaruchy, w któréj się mieści co najmniéj 11 grm. rtęci metalicznéj; w drugim przypadku użyto 25 wcierań czyli $12^1/_2$ drachm = 56 grm. szaruchy, co odpowiada (przy stosunku użytéj maści jak 1 : 4) 14 grm. rtęci metalicznéj. Bez porównania mniejszą byłaby ilość rtęci metalicznéj użytéj do zwalczenia jadu kiłowego w razie użycia metody wstrzykiwań podskórnych, bo gdyby nawet w 1 przypadku użyto 30 wstrzykiwań, a w drugim 40, toby ilość sublimatu wynosiła 0,30 i 0,40, a ilość rtęci metalicznéj tylko 0,22 i 0,30. Z liczb przytoczonych wynika dobitnie energia dawek małych wprowadzonych w sposób umiejętny do ustroju.

Do zupełnie pydobnych rezultatów doszedł Stern (l. c. Nr. 5., P. kl. W. 62), który również uwydatnia nadzwyczaj pomyślne wyniki otrzymane przy leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań podskórnych sublimatu połączonego z solą kuchenną, używając jednak płynu bardziéj rozcieńczonego. który za to w podwójnéj dawce bo 2 gramowéj na raz wstrzykuje (Rp. *Hydrarg bichlor corros. 0,20 Natri chlor 2,00 solv in Aq. dest 50,00,* lub też *Hydrarg bichlor corros 0,25 Natri chlor 2,00 Aq. dest. 50,00,* w 1 gramie płynu jest 0,004 — 0,05 sublimatu, a więc 2 razy mniéj, niż w naszym rozczynie). W jego doświadczeniach również minimalne dawki rtęci wprowadzanéj do ustroju drogą wstrzykiwań podskórnych rozwijały nader skuteczne działanie, bo osutka plamista znikała w przecięciu w 27 dniach wymagając 0,12 sublimatu, guziczkowa nawet w 25 dniach (0,10 sublimatu), a żywiąc na-

der sangwiniczne przekonania i nadzieje dlatego sposobu leczenia stawia go wyżéj po nad wszystkie dawne, a nawet po nad wcierania szaruchą uważając go niemal za metodę idealną. Ztąd téż radzi wstrzykiwań używać nawet w tych przypadkach, gdzie chcemy uchronić ważne organa od uszkodzeń lub mamy *Indicatio vitalis* na względzie, gdyż nadzwyczaj szybkie działanie wstrzykiwań ma sprowadzić zbawienny przełom w cierpieniu. Co do mego zapatrywania w tym względzie, muszę jeszcze raz powtórzyć zdanie powyżéj już wypowiedziane, że gdzie chodzi o *Indicatio vitalis*, nie mógłbym żadną miarą wyczekiwać zbawienia li tylko od wstrzykiwań, lecz tylko od energicznych wcierań szaruchy i jodku potasu, gdyż w kilku przypadkach kiły późniejszéj leczonych metodą wstrzykiwań nie widziałem tak dobrych rezultatów, jak w przypadkach kiły świeżéj i zawsze trzeba było wrócić do dawnéj i wypróbowanéj już metody łączenia wcierań z jodkiem potasu.

Co do szybkości wnikania rtęci wprowadzonéj przez wstrzyknięcie podskórne drogą naczyń limfatycznych do ogólnego krążenia, to liczne rozbiory moczu dokonywane w pracowni prof. Stopczańskiego wykazały, że już po 3 lub 4 wstrzykiwaniach wyraźny ślad rtęci w moczu dał się wykazać przy użyciu dawnéj metody polegającéj na niszczeniu moczu chloranem potasowym i kwasem solnym. Zachęcony przykładem prof. Ludwiga w Wiedniu, który podał metodę bardzo jednak skomplikowaną i dużo zachodu wymagającą, że i bez niszczenia moczu można wykryć w nim rtęć różnymi drogami do ustroju wprowadzoną, przeprowadziłem w pracowni prof. Stopczańskiego wspólnie z kol. Aleksandrowiczem szereg badań usiłując rozwiązać pytanie, czy i bez niszczenia moczu zwykłym sposobem, da się w sposób prosty niejako kliniczny, wykryć rtęć w téj wydzielinie ustrojowéj. Myślą przewodnią dla mnie było, aby rtęć z moczu połączoną z jego pierwiastkami w sposób dotąd bliżéj niezbadany, strącić na powłoce metalicznéj, a następnie przez ogrzewanie przenieść ją na listek złota, gdyż w taki sposób bez osobnych i skomplikowanych aparatów mając tylko parę naczyń i eprouwetek pod ręką możnaby rtęć wykrywać. W tym téż celu $^1/_2$ — 1 litra moczu przeznaczonego do badania zakwaszałem kwasem solnym (2 cm. sześć.), następnie dodawałem roczyn siarkanu miedziowego (2 — 3 grm. 33%), a w końca wkładałem wióry cynkowe lub opiłki żelazne, albo téż blaszkę staniolu. Gotowanie pół godzinne przyśpieszało proces chemiczny odbywający się w moczu tak przyprawionym. Z siarkanu miedziowego miedź metaliczna w zetknięciu się z metalami cięzkiemi lityni, jak żelazo, cynk lub cyna wydzielała się tworząc powłokę cieniutką na blaszkach metalicznych porywając zarazem z sobą i rtęć metaliczną z połączeń moczu rozłożonych prądem wodorodu wydobywającego się przy rozkładzie siarkanu miedziowego. Po ukończeniu się burzenia będącego wyrazem procesów chemicznych odbywających się w moczu, rozkładania się i ponownego łączenia pierwiastków, mocz zlewa się z ponad osadu, lub w danym razie blaszkę metaliczną wydobywa się z moczu, obsusza przez płukanie w wyskoku i eterze, a następnie wsuwa w eprouwetkę ze szkła grubego, poczem zatyka się ją korkiem na którego powierzchni wewnętrznéj gładkiéj znajduje się listek złota malarskiego. Przez ogrzewanie rurki szklannéj z osadem dobrze wysuszonym lub listkiem metalicznym ulatnia się rtęć z amalgamu i osadza na lśniącéj powierzchni złota w postaci delikatnéj białéj powłoczki, która tém widoczniéj przy porównaniu z świeżym listkiem złota występuje.

Za pomocą prostéj téj metody udało mi się bardzo często wykrywać rtęć w moczu zwłaszcza po znaczniejszéj liczbie wstrzykiwań lub wcierań szaruchy. W razie dolania $^1/_{10}$ miligrama sublimatu do $^1/_2$ litra moczu prawidłowego również można było rtęć tym sposobem przenieść na listek złota. Nawał jednak pracy i zatrudnień innego rodzaju nie pozwalał mi wykończyć téj metody i oznaczyć umiejętnie jéj ścisłości, sądziłem jednak, że przez treściwe jéj przytoczenie nie nadużyję cierpliwości szan. czytelników, a to tém bardziéj, że właśnie w jednym z ostatnich numerów czasopisma berlińskiego *(Berl. klin. Woch. Nr. 23)* znajduję podobne usiłowania docenta Dra Fürbringera *(Quecksilbernachweis im Harn mittelst Messingwolle)*, który wykazując trafnie strony ujemne metody Ludwiga przenosi rtęć z moczu na skrawki mosiężne (t. zw. *Rauschgold*), obsusza ją dokładnie i wsuwa w rurkę szklanną wyciągniętą po jednéj stronie w cienki długi koniec. Następnie wyciąga drugi koniec rurki również w cienką długą ceweczkę i przez ostrożne powolne ogrzewanie przenosi rtęć ze skrawków mosiężnych w wąziuchną ceweczkę, gdzie tworzą się pierścienie z nalotu rtęci. Po oziębieniu można te pierścienie jeszcze uwidocznić zetknąwszy ją z parą jodu, pod którego wpływem zamienia się rtęć w czerwony jodek rtęciowy.

Wyczerpawszy w ten sposób o ile sądzę, wszechstronnie materyjał kliniczny poruczony łaskawie przez prof. Rosnera méj pieczy lekarskiéj, uważam zadanie me za spełnione, jeżeli przez czytanie niniejszéj rozprawki udało mi się trafić do przekonania szan. czytelników przy ocenianiu zalet i wad każdego z nowszych środków tak gorąco, a często tak pochopnie polecanych przez specyjalistów niemieckich.

Mając na uwadze przeważnie względy czysto praktycznéj natury musiałem tu i owdzie pominąć mimowoli nasuwające się zagadnienia umiejętne, o które potrącałem tylko mimochodem, pozostawiając ich roztrząsanie do czasów późniejszych, kiedy doświadczenie me lekarskie wzbogaci się w ciągu lat następnych i pozwoli samodzielne wypowiedzieć zdanie. W końcu niech mi będzie wolno zacnemu prof. Rosnerowi podziękować za pomoc naukową zawsze chętnie i szczerze udzieloną, zwłaszcza zaś przy kreśleniu niniejszego sprawozdania.

II. Przypadek wsporniaka *(Glioma)* siatkówki kilka uwag nad tego rodzaju nowotworami.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

(Rzecz miana na walném zgromadzeniu sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu dnia 24 czerwca 1878.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 34.)

W siatkówce nowotwór ten przeważnie a prawie nawet wyłącznie bierze swój początek. Składa on się z niezliczonego mnóstwa jąder nagich komórkowych oraz komórek samych. Komórki takie okrągłe, lub wrzecionowate nitkowate leżą obok siebie i łączą się z sobą za pomocą istoty międzykomórkowéj nader skąpéj, która łatwo może ujść naszéj baczności. Właśnie dla téj obfitości komórek wsporniaki przedstawiają masę miękką podobną do mózgu i dlatego dawniéj zaliczano je do rdzeniaków. Podścieliska tak ważną odgrywającego rolę w nowotworach rakowatych tutaj nie ma wiele. Nowotwór w mowie będący bierze

zwykle początek w tylnéj części oka, a rozwijając się coraz więcéj, naciska ku tylowi i niszczy warstwę pręcikowo-słupkową. W skutek tego oddziela się siatkówka od naczyniówki, które to błony potém nabiegają płynem surowiczym a płyn ten, zwiększając się odkleja całą siatkówkę, to jest te warstwy wewnętrzne, które jeszcze nie uległy zanikowi. Na zewnątrz zaś a raczéj ku tyłowi pokrywa się siatkówka teraz biało-żółtawemi naroślami. Obraz ten mianowicie w moim preparacie jest bardzo pouczający, gdyż tutaj siatkówka zwinięta, skurczona leży prawie w samym środku gałki otoczona masą nowotworu. Rozrastający się nowotwór niszczy błonę naczyniową, w któréj ciała barwikowe znikają, w barwikowych zaś komórkach mnożą się jądra i stają się podobne do tych, które są częścią składającą nowotwór. Powoli zadławia nowotwór także inne błony i części oka i albo przed zapełnieniem wnętrza gałki ocznéj dostaje się na zewnątrz, bądź to przez otwór żyły wirowatéj, bądź to przez blaszkę sitową, wywołując równocześnie zanik nerwu wzrokowego, albo téż daléj się rozwija po za gałkę oczną, gdy już w niéj saméj zabraknie mu miejsca; następnie rozrasta się idąc za pokładem tkanki komórkowéj po powłoce Bonneta, po spojówce i tak rozpościera się coraz bardziéj stając się mianowicie groźnym, jeśli w tył ku mózgowi zapuszczać się może. Wsporniak nie zaraża całego organizmu, nie wytwarza nowotworów przerzutowych, lecz sąsiednie tylko zajmuje tkanki, tworząc tu nowe ogniska, a zatém nie tylko rośnie nowotwór w jednym ciągu, lecz także tworzy ognisko sąsiednie, a jak Thalberg *(Zur path. Anat. des Netzhautglioms und Aderhautsarkoms)* wykazuje, wsporniak siatkówki rozpościera się daléj nie przez wrastanie pierwiastków swych komórkowych w przyległe błony oka, lecz tychże komórki do współudziału pobudzając. Według Dreschfelda zaś (*Ueber Entwickelung und Verbreitung das Glioma retinae, Centralblatt f. d. med. Wiss.* p. 196—198.) rozwój dalszy nowotworu, o którym mówimy, przychodzi do skutku za pośrednictwem kanałów limfatycznych okołonaczyniowych, które we wszystkich pokładach siatkówki się znajdują, a w które pierwiastki gliomatyczne przechodzą. Przewody te pozostają zdaniem Dreschfelda w bezpośrednim związku i styczności z pojedynczemi ogniskami komórek gliomatycznych.

Lubo bynajmniéj nie zamierzyłem rozwodzić się wyczerpująco nad gliomatami, wypada mi jednak dla uzupełnienia ogólnie nakreślonego obrazu choć kilka słów dorzucić jeszcze w sprawie pochodzenia gliomatu. Jest on prawie wyłącznie cierpieniem młodocianego wieku a prawdopodobnie po największéj części wrodzonem lub dziedzicznem, rzadko kiedy daje się napotkać u osób dorosłych. Nie podlega to już dzisiaj najmniejszéj wątpliwości, że okoliczności dziedziczne ważną tutaj odgrywają rolę. Nie rzadkie już dzisiaj przykłady, że w jednéj i téj saméj familii kilka tego rodzaju zdarzyło się nowotworów, dostatecznym są tego dowodem. I tak Graefe przytacza odnośnych kilka przypadków, w których z liczniejszego rodzeństwa kilka w pierwszych latach uległo groźnemu temu cierpieniu, a w nowszych czasach Thomson i Knapp *(Archiv für Aug. u. Ohrenheilk.* IV. p. 73) obserwowali familiję, w któréj 5 członków cierpieniem tém dotkniętych było, z których 4 umarło. Czy stan zapalny może wywołać gliomat, na to pytanie wielu autorów twierdząco, a wielu innych przecząco odpowiadało. Graefe uważa wszystkie odnośne przypadki mające wykazać początek zapalny gliomatu po prostu jako pomyłkę, za błąd w rozpoznaniu choroby. I tak według niego w ciągu rozwoju gliomatu nastąpić może wprawdzie zaognienie oka i w ten sposób przy płytkiém badaniu istotna przyczyna może być wątpliwą, lecz nigdy zapalenie nowotworu nie stwarza. Zdaje się, że właśnie wtenczas, gdy nowotwór bardzo szybko się rozrasta, tkanki sąsiednie nie dotknięte nowotworem poczynają przechodzić w stan zapalny; co i w moim przypadku również nie wątpliwie nastąpiło. Za tém bowiem przemawia silne przekrwienie powiek i spojówki, jakotéż nie tylko samoistny ból, lecz przedewszystkiém tkliwość nadzwyczajna przy dotykaniu. Zdaje się jednak z drugiéj strony żadnéj nie ulegać wątpliwości, że jak dłuższe drażnienie jest w stanie wywołać w ogólności pewnego rodzaju nowotwory, tak tém łatwiéj gwałtowniejsze jednorazowe obrażenie pewnéj części ciała. Nadzwyczaj zajmującym jest pod tym względem przypadek opisany w *Klinische Monatsblätter für Augenheilk.* XV, 1877 p. 172 i nast.) przez Walzberga.

Piętnastoletniemu chłopcu kawałek rozpalonego żelaza wpadł dn. 31/1 76, w oko prawe, które poprzednio zupełnie było zdrowe. Chory przynajmniéj widział niém zupełnie dobrze. Następnie uległo ono bardzo znacznemu zapaleniu. Zapalenie to postępując coraz bardziéj wśród okoliczności nad któremi tutaj rozwodzić się nie mam przyczyny, poczęło grozić sympatycznem zapaleniem lewemu oku, co skłoniło prof. Zehendera w Rostoku do wyłuszczenia w d. 7/3 gałki prawéj. Zbadanie gałki wykazało, i to wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, nowotwór a raczéj dwa należące do rodzaju *glioma sarkomatosum*.

Z tego widzimy, że pytanie to sporne dotąd nie jest należycie wyjaśnionem. Ztąd też, skoro tylko rozpoznanie nowotworu wziernikiem nastąpiło, oko wyłuszczyć należy, bo zdanie wielu autorów, jakoby gliomaty, które zdarzając się prawie tylko w młodocianym wieku są po największéj części wrodzone, zawsze się miały odnawiać, traci na znaczeniu coraz więcéj w obec nowszych spostrzeżeń Thomsona i Knappa, Steffana i innych, którzy mieli sposobność przekonać się, że operowane dzieci po roku a nawet i dłużéj pozostawały całkiem zdrowemi. Niejasném zaś dla mnie jest zapatrywanie tych autorów, którzy wręcz ostrzegają przed operacyją, w jakimkolwiekby ona zrobioną być miała okresie rozwoju nowotworu, przyłączając za powód, że cierpienie to jest nieuleczalném, a po operacyi prędzéj tylko się rozwija. Na drugą część tego twierdzenia godzę się tylko warunkowo, tj. jeżeli nie można było lub nie umiano najdrobniejszych usunąć szczątków narośli.

Nie małego też znaczenia pod tym względem staćby się mógł mój przypadek, jeżeli mimo tak znacznego rozwoju nowotworu, który prawdopodobnie w łonie matki, albo nie długo po urodzeniu dziecka wystąpił i mimo tak późnego wyłuszczenia dziecko pozostanie nadal zdrowém.

Miałem wprawdzie dopiero przed dwoma dniami sposobność przekonać się, że oko nie przedstawia żadnego śladu nowotworu, powieki, które były tak znacznie rozdęte, wróciły prawie do prawidłowéj wielkości, a w małéj jamie ocznéj żadnéj nie ma resztki nowotworu; lecz czas ten ubiegły od chwili operacyi jest zbyt krótkim, ażeby już teraz pewne z tego ujemnego wyniku poszukiwania chcieć wysnuwać wnioski. Korzystne jednak wyłuszczenie całego nowotworu z jamy ocznéj i dotychczasowy bieg pozwala mi wróżyć, że i za kilka miesięcy, gdy ponownie dziecko widzieć będę, nie spotkam się z nowotworem odnowionym.

III. Oceny i sprawozdania.

Azotyn amilowy przeciw otruciu chloroformem.

W przypadkach gdzie podczas znieczulenia chloroformem tętno chorego nagle ustanie, nalewa się małą ilość azotynu amilowego na płótno i trzyma się przed nosem chorego. Po kilku sekundach chory ma przychodzić do siebie. *(Le mouvement medical.* 1878. Nr. 14 i 15.) *P......i.*

Łód w odbytnicy przeciw odurzeniu chloroformem.

Przeciw odurzeniu (narkozie) chloroformem nader dzielnym środkiem jest wprowadzenie kawałka lodu do odbytnicy, gdyż bezpośrednio potém odbywa się głęboki oddech a za nim oddechanie zwyczajne i czynności serca.

Ten sposób dałby się również użyć w przypadkach pozornéj śmierci noworodków. *(Le mouvement medical.* 1878. Nr. 14 i 15.) *P......i.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiozna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie zwyczajne VI. z dnia 16go kwietnia 1878 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 12.

Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia Przewodniczący zawiadamia o wzbogaceniu hidrologii m. Krakowa rozbiorem chemicznym wody z dwóch studzien, dokonanym przez prof. Dra Olszewskiego.

1) Przewodniczący odczytuje list Wgo P. Stillera, właściciela Morszyna, w którym tenże prosi Komisyję o udzielenie świadectwa, że zdroje Morszyńskie dostarczają wody do użytku lekarskiego przydatnéj, tudzież zawiadamia, iż zarząd komisyi odpowiedział JP. Stillerowi w ten sposób, iż wody morszyńskie, ile wnosić można z własności fizycznych i chemicznych przedstawionych Komisyi przez jéj delegata, zaliczyć należy do wód mineralnych.

2) Prof. Dr. Julijan Grabowski zawiadamia, iż badał wodę ze studni gmachu instytutu przemysłowo-technicznego. Oznaczenie ilości części stałych zgadza się z oznaczeniem tychże przez prof. Olszewskiego w wodzie ze studni znajdującéj się w domu Wgo Klobasy przy ulicy Gołębiéj.

3) Dr. Lutostański odczytuje sprawozdanie z wycieczki do Morszyna w charakterze delegata kom. baln. Wykazuje najprzód, iż w kraju naszym nie posiadamy dotychczas uzdrowiska dla leczeń klimatycznych i dyjetetycznych i że téj potrzebie zaradził Dr. Dzikowski postanawiając urządzić uzdrowisko *(sanatorium)* w Morszynie na wzór istniejącego w Görbersdorf i Aussee, przy pomocy bardzo chętnego właściciela Morszyna JP. Stillera ze Lwowa. Wieś Morszyn leży w powiecie Stryjskim, między Stryjem i Bolechowem, w odległości 16 kilometrów od każdéj z tych miejscowości, u północnych stoków Beskid, w wale górskim, rozdzielającym doliny rzek i do rzeczy Stryja i Swicy wpadających do Dniestru. Referent opisuje następnie topografiję i erografiję Morszyna, leżącego na wysokości 316,08 metrów nad powierzchnię morza. Zakład położony na wschód od stacyi kolei arcyksięcia Albrechta znajduje się od tejże, tudzież gościńca, wiodącego od Stryja do Bolechowa w odległości 379,29 metrów. Sam Zakład leży w pośrodku parku mającego 25 morgów powierzchni kwadratowéj. Park ten przytyka bezpośrednio do wzgórz lesistych, ciągnących się aż do lasów piławskich. Na tych wzgórzach ma być urządzony park leśny, w którym chorzy będą mogli przebywać zdala od wszelkiego ruchu i oddechać czystem a balsamicznem powietrzem. Na górach leśnych leżących po zachodniéj stronie stacyi kolei żelaznéj, zalecono urządzić spacery górskie, łagodnie pod górę wznoszące się, według poprowadzonych w obecności delegata kom. baln. linii wężykowatéj. W miejscach najodpowiedniejszych do ustawienia ławek i altan mają być oznaczone wzniesienia nad poziom morza. Referent przedstawia wyniki badania gruntu i wody gruntowéj i na ich zasadzie twierdzi, iż miejscowość jest suchą. Następnie referent donosi, iż zalecił utworzenie stacyi meteorologicznéj niezupełnéj w Morszynie. Według zebranych wiadomości Morszyn posiada wszelkie warunki uzdrowiska dla leczeń powietrznych *(Luftcuren)*. Sprawozdawca badał fizyczne i chemiczne własności wody słodkiéj wytryskującéj w pobliskim lesie z dwóch obfitych zdrojów. Woda ta posiada wszelkie cechy dobréj i zdrowéj wody do picia. Wodę tę sprowadzono rurami drewnianemi do Zakładu. Prócz tego przy łazienkach wykopano studnię głęboką na 16 metrów, która dostarczać będzie wody do natrysków i kąpiel. Referent opisuje daléj istniejące budynki a mianowicie: 1) dom gościnny z 30 izbami, salę jadalną, bawialną i kuchnię: 2) łazienki o 12 izbach laziebnych; 3) dom mieszkalny o 6 pokojach i 4) dom zajezdny, tudzież okazuje plany sytuacyjne. Wreszcie sprawozdawca wytyka niedostatki higijeniczne i balneotechniczne tych budynków, oraz szczegółowo wyłuszcza w jaki sposób domy mieszkalne i łazienki mają być urządzone, podając program budowy i urządzenia tych ostatnich. Według tego programu, odpowiadającego wszelkim wymogom higijenicznym i balneotechnicznym, oraz względom na wygodę chorych, budynek łaziebny ma w sobie mieścić *a)* wieżę wodną, *b)* izbę do natrysków wraz z przedpokojem do ubierania się, *c)* izbę do postępowań hydryjatycznych, *d)* łaźnię, *e)* łazienki dla kobiet i mężczyzn, *f)* wychodki, *g)* ogrzewalnię, *h)* mleczarnię, żętyczarnię i kumysarnię. Referent wymienia następnie środki lecznicze Morszynu, wykazuje potrzebę ogłoszenia szczegółowego programu i regulaminu dla Zakładu, wreszcie opisuje urządzenia dla wygody chorych służące. Jeżeli Morszyn zostanie w początku urządzony w sposób podany przez sprawozdawcę to może zasłużyć na nazwę uzdrowiska *(sanatorium)*. Jestto rzeczą dziś aż nadto wiadomą, iż istota leczeń klimatycznych suchot i chorób piersiowych w ogóle polega głównie na zmianie klimatu i przeobrażeniu sposobu życia chorego. Dopóki doświadczenia fizyjologiczne nie rozjaśnią wielu ciemnych stron klimatoterapii musimy klimatyczne leczenie suchot uważać za połączenie zmiany powietrza z odpowiedniemi pomocniczemi działaniami leczniczemi, zastosowanemi do osobistości chorego przyczyn i przebiegu choroby. Dla takich leczeń powietrzno-dyjetetycznych przydatną jest każda miejscowość, zwłaszcza doliny podgórskie i górskie, otoczone lesistemi wzgórzami lub górami, posiadające: 1) czyste niczem nieskażone powietrze, 2) powietrze spokojne, zabezpieczone od wiatrów, 3) odpowiedni spadek terenu do przepływającego potoku, 4) szybkie wchłanianie przez grunt opadów meteorycznych, 5) teren w połowie powierzchni powinien być pokryty lasami, w drugiéj zaś łąkami, ogrodami i polami uprawnemi, 6) budynki według systemu pawilonowego postawione mają być rozrzucone w ogrodzie, 7) cieniste spacery, 8) dobrą wodę do picia, 9) ciepłotę średnią między 15 — 16° C., 10) higijeniczne mieszkania, dobre restauracyje i urządzenie ku wygodzie i przyjemności chorych. Te wszystkie warunki wzorowego uzdrowiska dla chorych piersiowych Morszyn posiada lub posiadać będzie, rozliczne zaś środki lecznicze mogą do niego z czasem sprowadzić chorych różnego rodzaju. Przyszłość Morszyna spoczywa w rękach miejscowego lekarza.

Po odczytaniu tego referatu zabiera głos Dr. Kwaśnicki i zapytuje się najprzód: czy uznanie Morszyna za miejscowość odpowiadającą wymogom uzdrowiska dla leczeń powietrznych nastąpiło ze względów teoretycznych czy też z innych pobudek. Podczas udzielenia pierwszéj wiadomości o Morszynie przez Dra Dzikowskiego mówca był zdania, iż znajomość warunków teluryczno-klimatycznych nie jest dla lekarza rzeczą obojętną. Koledzy zabierający wtedy głos w rozprawie mniemali w ogóle, iż dokładna znajomość stosunków klimatograficznych jest zbyteczną do wydania stanowczego sądu, czy pewna miejscowość zaleca się na uzdrowisko lub też przeciwnie. Obecnie Dr. Kwaśnicki sądzi, iż stanowisko zajęte przez niego nie było zbyteczną ostrożnością. Zbadawszy szczegóły topograficzne na mapie wojskowéj Instytutu geograficznego przekonał się on, że w odległości 37 kilometrów od Morszyna znajdują się obszerne bagna czonowińskie, nie zasłonięte wzgórzami. Emanacyje bagienne łatwo więc

udzielać się mogą Morszynowi, który przewyższa bagna zaledwie o 39 sążni, w kierunku zaś od bagien ku Morszynowi płynie rzeczka Niezachowanka, którćj korytem wyziewy bagniste dostawać się mogą do Morszyna, nie będąc tamowane górami. W odpowiedzi na poczynione uwagi Dr. Lutostański namienia, że to co o Morszynie powiedział opiera się na ścisłéj umiejętności, wynikach badań na miejscu poczynionych, tudzież na ostatnim wyrazie spółczesnéj klimatoterapii i balneoterapii, prosząc o ściśle sformułowanie w czem jego twierdzenia sprzeciwiają się obecnemu stanowisku nauki o leczeniu suchot płucnych i chorób piersiowych w ogóle. Na poparcie swych poglądów przytacza szereg powag lekarskich tudzież doświadczenia lekarzy krajowych i swoje. Dalćj roztrząsa teoryje jadu bagiennego i warunki przenoszenia się tegoż, przytaczając przykłady dotychczas podawane w nauce o przenosności bagiennicy, które uwalniają nas od wszelkich obaw aby bagiennica mogła się przenosić do Morszyna. Bagna czonowińskie znajdują się w znacznéj odległości i są zakryte od południa, a względnie od północy Morszyna, lasami i lesistemi wzgórzami. Wiemy zaś że lasy powstrzymują pochód jadu bagiennego. Wątpi on dalćj, aby jad bagienny pochodzący z takiéj odległości i rozcieńczony przezto powietrzem mógł wywrzeć szkodliwe dla zdrowia ludzkiego skutki. Koryto Niezachowanki, wpadającćj do Bystrzycy, idzie od północy ku południowi gdy bagna wzmiankowane leżą na północo-zachód od Morszyna. Dr. Kwaśnicki twierdzi, iż wał górski oddzielający Morszyn od bagniska czonowińskiego niżéj jest położony od Morszyna. Co do malaryi twierdzi według własnego doświadczenia, że może się ona przenosić na większe odległości niż 35 kilometrów. Ponieważ istota przenośności téj choroby, oraz jéj warunki, nie są dokładnie znane, lepiéj przeto zachować ostrożność. Dr. Lutostański i prof. Dr. Korczyński, opierając się na doświadczeniu miejscowych lekarzy, zwłaszcza też Dra Zaleskiego, lekarza powiatowego w Stryju, stwierdzają, iż w okolicy i w samym Morszynie nie panują zazwyczaj żadne choroby endemiczne i epidemiczne. *Dr. Lutostański* sekretarz.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków, d. 29 sierpnia. W zeszłym tygodniu podały dzienniki niemieckie ogłoszenie gabinetu Szweryńskiego téj treści, że ponieważ prośby o podanie środka przeciw padaczce według przepisu pochodzącego z zeszłego jeszcze wieku, a znajdującego się w kancelaryjach marszałka dworu, wzmogły się w ostatnich czasach w ten sposób, iż zadość uczynienie żądaniom, prostą stało się niemożliwością, oddano przeto sławną ową receptę aptekarzowi Franke, z prawem wyrabiania i rozsprzedania pomienionego leku. Jakkolwiek przekonani, że lek o którym mowa, nie zawiera żadnych szkodliwych składników (p. rad. Paeoniae i węglan wapna) potępiamy w zasadzie podobne postępowanie, chociażby tylko z tego względu, że sili się według recepty z zeszłego stulecia uleczyć chorobę przeciwko któréj największe powagi naszego wieku nadarmo jeszcze skutecznego szukają środka.

Według najnowszych doniesień zamierza rząd węgierski założyć w Preszburgu nową zupełnie urządzoną wszechnicę, Zamiarowi temu przyklasnąć tylko wypada, a miejmy nadzieję, że z czasem przyjdzie także do skompletowania uniwersytetu lwowskiego wydziałem lekarskim.

Francuska akademija wybrała Darwina członkiem korespondentem.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 33 (od 11 do 17 sierpnia) umarło w Krakowie osób 33; mężczyzn 17 i kobiet 16; w obwodach 22 i w szpitalach 11; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 30,6.

Paryż. Na kongresie obradującym w Paryżu o służbie polowéj lekarskiéj, oświadczył Dr. Kozłow między innemi, że z liczby 2000 lekarzy moskiewskich zginęło w ostatniéj wojnie 150.

Kroniczka wojenna. Pierwszy podatek krwi z grona lekarzy złożył na polu bitwy pułkowy lekarz Dr. Laska, odniósł on według doniesień ranę postrzałową w brzuch.

Piśmiennictwo lekarskie. GALLARD T., de l'avortement au point de vue médico-legal. 8. Peris J. C. Bailliere et fils. fr. 3.

HOUZE de l'AULNOLT, étude physiologique et experimentale sur l'asphyxie par submersion. 8. Paris. J. B. Baillière et fils. fr. 2½.

KOEBERLE E., des maladies des ovaires et de l'ovarotomie. Av. fig. interc. dans le texte. 8 Paris. J. B. Baillière et fils. fr. 4½.

KORNBLUM Herm., zur Aetiologie u. Therapie d. Cephalaematoms Neugeborener. Inaugural-Dissertation. gr. 8. Breslau. Koebner. M. 1 —

LANDOLT E. Manuel d'ophthalmoscopie. In 18 avec fig. Paris. Doin. fr. 3½.

MARÈY E. J., la Methode graphique dans les sciences expérimentales et particulièrement en physiologie et en medicine, Grand In 8. Paris. Masson. fr. 16.

PITRES, des hypertrophies des dilatations cardiaques d'origine valvulaire. 8. Paris. Germer Baillière. fr. 3½.

RELIQUET. Leçons sur les maladies des voies urinaires, faites à l'Ecole pratique de la faculté de médecine des Paris. 1er fascicule. in 12. Paris. Delahaye. fr. 2½.

RENDU H., étude comparative des néphrites chroniques. 8. Paris. Delahaye et Co. fr. 4.

TUKE D. H., insanity in anciant and modern life. With chapters on its prevention. 8. London. Macmillan. sh.

W. von BEETZ. Grudzüge der Electricitätslehre. Mit 56 Holzschnitten. Stuttgart 1878. Meyer und Zeller. Duża 8ka str. IV 109.

Jestto zbiór 10 wykładów mianych przez autora w towarzystwie lekarskiém monachijskiém, stanowiący bardzo dobry wstęp do elektroterapii lecz z powodu że autor nie jest lekarzem nie dotykający wcale tak ważnym pod względem praktycznym kwestyj technicznych.

ROTH O. Dr Klinische Termnologie. Zusammenstellung der hauptsachlichsten zur Zeit in der klinischen Medizin gebrauchlichen technischen Ausdrucke. Erlangen Berold. 1878. 8vo. M. 6.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 7 września 1878. **№ 36.** Rok XVII.

I. Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie z roku 1877.

Skreślił Dr. **Maciéj Leon Jakubowski,**
Profesor kliniki pedijatrycznéj.

Znane są szanownym Czytelnikom Przeglądu Lekarskiego losy szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie, który założony staraniem prywatnego Towarzystwa otwarty został w końcu maja 1876 r. Po przeprowadzeniu rokowań z Wys. Wydziałem krajowym, na mocy których Towarzystwo zobowiązało się leczyć każde chore dziecię do lat 12 włącznie za wynagrodzeniem ryczałtowém z funduszu krajowego po 50 centów dziennie, okazało się zbyteczném dalsze prowadzenie infirmeryi dla dzieci w szpitalu św. Łazarza i dlatego w skutek polecenia Wys. Wydziału krajowego na dniu 20 maja 1876 r. wszystkie dzieci chore z infirmeryi téj przeniesione zostały do nowego szpitala św. Ludwika, a w krajowym szpitalu św. Łazarza pozostały tylko mamki z noworodkami i oseskami. Ponieważ infirmeryja dla dzieci będąca przy szpitalu św. Łazarza wraz z salami przeznaczonemi dla mamek od r. 1874 na mocy kontraktu zawartego między Wys. Ministerstwem Wyznań i Oświecenia a Wys. Wydziałem krajowym służyła za klinikę pedijatryczną, przeto Wydział krajowy rozwiązując częściowo ten oddział i przenosząc swych chorych do szpitala prywatnego zastrzegł sobie u Towarzystwa, jako właściciela nowego szpitala, wolny przystęp do chorych profesorowi kliniki pedijatrycznéj wraz z uczniami zapisanymi na jego wykłady. Zastrzeżenie to niezawodnie nie byłoby wystarczające do swobodnego a têm samêm skutecznego prowadzenia wykładów klinicznych o chorobach dzieci, gdyby nie ten szczęśliwy zbieg okoliczności, że sprawozdawca będąc profesorem kliniki pedijatrycznéj jest równocześnie współzałożycielem szpitala św. Ludwika, nie doznaje zatém ze strony Towarzystwa żadnych przeszkód ani ograniczenia w wyzyskiwaniu materyjału szpitalnego dla celów naukowych. Stosunek taki jednakże trwałym nazwany być nie może, jako polegający tylko na osobistym wpływie obecnego profesora u Towarzystwa i dla tego Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego mając na względzie przyszły byt kliniki pedijatrycznéj zaraz po otwarciu szpitala św. Ludwika przesłał Wys. Ministerstwu Wyznań i Oświecenia obszerne sprawozdanie, upraszając o stałe pomieszczenie kliniki pedijatrycznéj w szpitalu św. Ludwika i zawarcie w tym celu odpowiedniego kontraktu z Towarzystwem, jako właścicielem rzeczonego zakładu. Sprawa ta do dziś dnia nie jest jeszcze ostatecznie załatwioną, z prowadzonych rokowań jednakowoż spodziewać się można, że byt kliniki pedyjatrycznéj w szpitalu św. Ludwika wkrótce ustalony zostanie.

Dnia 20 maja 1876 r. przeniesiono ze szpitala św. Łazarza do szpitala św. Ludwika 27 dzieci, lecz z każdym prawie dniem zastęp chorych stopniowo się powiększał, tak, że w miesiącu grudniu t. r. stan dzienny przewyższał 60. Urządzenie nowego zakładu, jakoto sprawienie inwentarza, zorganizowanie personalu lekarskiego i posługi szpitalnéj, zaprowadzenie ksiąg wpisowych i wszelkich druków, potrzebnych zarówno do gromadzenia nasuwających się spostrzeżeń lekarskich, jakotéż prowadzenia porządnéj administracyi zakładu, pochłaniały tyle czasu, że sprawozdawca nie był w możności udzielić szanownym Czytelnikom Przeglądu Lekarskiego spostrzeżeń lekarskich poczynionych w pierwszych chwilach istnienia szpitala. W tymże roku ograniczyłem się jedynie do szczegółowego opisu szpitala św. Ludwika dla dzieci (zobacz Dwutygodnik medycyny publicznéj z r. 1877 Nr. 8, 9 i 10) i do treściwego sprawozdania szpitalnego (wydanego w osobnéj broszurze, jako czwarte sprawozdanie komitetu Towarzystwa Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie za rok 1876). Z ostatniego okazuje się, że w r. 1876 od 20 maja do 31 grudnia tj. w ciągu 224 dni zostawało w leczeniu 291 dzieci, 146 chłopców i 146 dziewcząt.

Z tych wyszło uleczonych	154
„ z polepszeniem	23
zmarło . . .	57

pozostało w leczeniu d. 31 grudnia 1876 r. dzieci 57.

Rok 1877 zastał już szpital św. Ludwika odpowiednio urządzony, zaopatrzony dostatecznie w inwentarz i sprzęty, a trudności administracyjne nasuwające się z początku na każdym niemal kroku pokonane, otwierały obszerniejsze pole do rozpoczęcia ściślejszych obserwacyj i obszerniejszéj działalności lekarskiéj.

Ogólny ruch chorych.

W ciągu roku 1877 zgłosiło się dla zasięgnięcia porady lekarskiéj ambulatoryjnie 1,066 chorych, zaszczepiono 98 dzieci, leczono stale w szpitalu 684.

Liczny zastęp chorych leczonych ambulatoryjnie, jako nie zostający pod stałym nadzorem lekarskim nie może być przedmiotem szczegółowego opisu; w sprawozdaniu dzisiejszém ograniczam się zatém do udzielenia spostrzeżeń poczynionych na 684 chorych leczonych w szpitalu. Z liczby téj było: pozostałych z roku 1876 chłopców 29, dziewcząt 28, razem 57.

Przyjętych w ciągu roku 1877:

w styczniu	chłopców	16,	dziewcząt	25,	razem	41
w lutym	„	19	„	15	„	34
w marcu	„	32	„	29	„	61
w kwietniu	„	27	„	17	„	44
w maju	„	29	„	23	„	52
w czerwcu	„	23	„	23	„	46
w lipcu	„	20	„	22	„	42
w sierpniu	„	23	„	38	„	61
w wrześniu	„	36	„	34	„	70
w październiku	„	41	„	35	„	76
w listopadzie	„	38	„	18	„	56
w grudniu	„	29	„	28	„	57.

Ogółem chłopców 353, dziewcząt 331, razem 684.

Z zestawionéj tablicy okazuje się, iż największy napływ chorych był w miesiącach lipcu, sierpniu i wrześniu i to właśnie w czasie, gdy z powodu korzystnéj pory roku szpitale zwykle mniéj bywają zajęte. Znaczniejszy napływ chorych pochodził ztąd, że w owym czasie w mieście panowała nagminnie odra, wikłająca się często z zapaleniami płuc, obok mniéj licznych przypadków ospy, płonicy i czerwonki.

Z wykazów administracyjnych dowiadujemy się, że 684 chorych spotrzebowało 22,098 dni leczenia, czyli w przecięciu jeden chory zostawał w szpitalu przez 32 dni. W roku 1876 podobne zestawienie okazało, że chory w przecięciu zostawał w szpitalu przez dni 33½. Opierając się na dwuletniém doświadczeniu, przypuścić należy, że czuwając nad ruchem chorych, usuwając niezwłocznie wracających do zdrowia, w najkorzystniejszym razie liczyć wypada w przecięciu 30 dni leczenia na jednego chorego. Gdy szpital św. Ludwika urządzony jest dla 72 chorych, przeto przybytek miesięczny dorównywający téj liczbie łóżek zapełni wszystkie miejsca, to też w miesiącu sierpniu z przybytkiem 61, a we wrześniu 70 chorych, wszystkie łóżka były już zajęte, a w październiku po przyjęciu 76 dzieci okazał się brak miejsca i wiele z nich szczególniéj na sali odrowéj umieszczano na siennikach pomiędzy łóżkami. Na powyższe stosunki ruchu chorych zwracam uwagę na tém miejscu dla wykazania istotnéj potrzeby szpitala dzieci w Krakowie, jak również dla udowodnienia, że zakład ten urządzony dla 72 chorych, zaledwie odpowiada obecnym potrzebom miejscowym, a nawet niewystarczającym jest w razie pojawienia się nagminnego jednéj z chorób zakaźnych ostrych.

Z zestawienia miesięcznego ogólnego ruchu chorych okazuje się, że z r. 1876 pozostało dzieci chorych 57, a w ciągu roku 1877 przyjęto 627; z tych było:

A) co do wieku:

I. w pierwszym roku życia		21 =	3·35%
II. od 1go roku do 3 lat włącznie		227 =	36·20%
III. od 4go do 7go roku	„	192 =	30·62%
IV. od 8go do 12go „	„	187 =	29·83%
Razem . . .		627	

Podział wieku dziecięcego na cztery wyżéj podane okresy uważam za stósowny w wykazach szpitalnych, odpowiada on bowiem ważnym epokom fizyjologicznego rozwoju łączącym się zwykle z właściwemi przypadłościami chorobowemi i zboczeniami w odżywianiu. Okres pierwszy obejmujący rok pierwszy życia składają noworodki, oseski i niemowlęta wcześniéj odstawione od piersi. Z téj kategoryi małą tylko liczbę leczono w szpitalu (21 = 3·35%), gdyż zakład nie przyjmuje chorych osesków z matkami lub z mamkami, ale wyłącznie tylko niemowlęta odstawione od piersi, nadające się do sztucznego żywienia. Okres drugi obejmujący drugi i trzeci rok życia jest epoką rozwojową, wśród któréj odbywa się sprawa ząbowania, a dziatwa już odstawiona od piersi przyzwyczaja się do przyjmowania różnorodnych pokarmów. W tym téż wieku najwięcéj występują choroby narządu pokarmowego, a obok nich pierwsze zwiastuny charlactw, krzywicy i zolzów. Okres drugi dostarczył szpitalowi największéj liczby dzieci (227 = 36·20%), co nie należy uważać za przypadkowe, ale stale powtarzające się prawidło, wynikające po części ztąd, że w wieku tym dzieci stosunkowo częściéj zapadają na zdrowiu, po części zaś, że pielęgnowanie ich jest uciążliwsze, wymagające większego starania i ciągłéj opieki i dlatego ubogie matki prędzéj skłaniają się do oddawania ich do szpitala. Okres trzeci, od czwartego do siódmego roku włącznie, zamykający się chwilą wypadania zębów mlecznych dostarcza licznego zastępu chorób zakaźnych ostrych, wiekowi dziecięcemu właściwych (jakoto odry, płonicy, ospy) obok gromadki charlaków zolzowych i krzywiczych. Z kategoryi téj było 192 dzieci = 30·62%. Wreszcie do okresu czwartego wliczone są dzieci starsze od 8 do 12 lat włącznie, u których różnorodne sprawy chorobowe zbliżające się bardzo przebiegiem klinicznym do tychże chorób u osób dorosłych, wskazują nam chwile przejściowe z dziecięctwa do wieku młodocianego. Z tego okresu zostawało w szpitalu 187 dzieci = 29·83%.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Serkowski**, lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33.)

6) Gorączka powrotna (*Typhus recurrens*).

Chorobę tę umieściłem między chorobami miazmatycznemi, jakkolwiek zaliczaną bywa między choroby zaraźliwe, a to dlatego, że wszystkie przypady cechujące tę chorobę wskazują, iż więcéj jest ona spokrewniona z zimnicą, niż z durem (dlatego wybrałem nazwę gorączka powrotna a nie dur).

I tak: *a)* dreszcz nagle występujący, który zagaja całą chorobę i niekiedy godzinę lub dłużéj trwa;

b) mocny ból głowy, ból w krzyżach, odnogach i osłabienie, wszystko podobnie jak przy zimnicy;

c) wielkie i nagłe powiększenie śledziony;

d) przytomność umysłu niezamącona;

e) poty większe lub mniejsze przez cały czas choroby trwające;

f) po 5—7 dniach stanu takiego gorączkowego następuje nagły spadek w ciepłocie i tętnie, jaki częstokroć w zimnicach i zapaleniu płuc a nigdy w durze zauważanym nie bywa. Lebert np. zauważył przy gorączce powrotnéj spadek tętna ze 120 na 52 a nawet 48, ciepłotę z 42°C na 35°; zazwyczaj spadek w ciepłocie 4—6° w ciągu 12 godzin wynosi.

g) okresowość: po 5—7 dniach wolnych zawsze taki sam napad z temi samemi objawami. Rzadko jednak wydarzają się przypadki trzeciego i czwartego nawrotu takichże napadów.

h) ta okoliczność, że pewne domy są ogniskami zakażnemi téj choroby, na którą zwykle znaczniejsza liczba domowników zapada.

To wszystko przemawia za têm, że ta choroba spokrewniona z zimnicą jest natury miazmatycznéj. Podczas gdy jednak zaczynu zimniczego nie udało nam się jeszcze optycznie wykryć, to zaczyn gorączki powrotnéj we krwi wykryty już został. Mianowicie znalazł pierwszy Obermeier 1873 we krwi chorych na gorączkę powrotną prątki spiralne; po nim widzieli je często Lebert w Wrocławiu i jego asystenci Weigert i Buchwald i inni lekarze. Nigdy nie brakowało ich we krwi, jakkolwiek nie zawsze większa ich ilość odpowiadała cięższym przypadkom, widzialne były za pomocą imersyjnych soczewek Hartnacka Nr. 15. Są one tak cienkie, iż szerokość ich zaledwie jest wymierzalną (około 0·001 mm), długie na 0·15 — 0·20 mm., spiralnie pokręcone, robią szybkie ruchy obrotowe, boczne i postępowe. Lebert nazywa te jak i wszystkie mikroskopowe grzybki w innych chorobach zaraźliwych i miazmatycznych dostrzegane pierwogrzybkami *„Protomycetes“*. Ten rodzaj grzybków, o którym tu mowa, opisali już Ehrenberg i Cohn pod nazwą *„spirochaete plicatilis“*. W odchodach chorych na gorączkę pierwotną grzybka tego nie znaleziono. Ponieważ go w żadnéj innéj chorobie zakaźnéj nie zdołano wykazać, więc nie ulega wątpliwości, że zaczyn ten jest w związku z tą chorobą. Prawdopodobnie i ten zaczyn drogą gruczołów potnych dostaje się do ustroju, i téj chorobie bowiem zwykły towarzyszyć obfite poty. Do chorób miazmatycznych należy jeszcze większa część chorób przeziębnych np. gościec, zapalenie płuc; ponieważ one jednak mają wiele cech odrębnych a szczególny sposób powstawania, dlatego umieściliśmy je w osobném gronie (V).

III. Choroby zaraźliwe *(Morbi contagiosi, Infektionskrankheiten)*.

a) szerzące chorobę zdala, czyli nagminnie występujące.

Choroby te według coraz bardziéj rozpowszechniającego się zdania polegają na rozpostarciu w powietrzu zarodków roślinnych, dla rozwoju których najlepszą rolą są ustroje ludzkie, zwłaszcza młode. Teoryja o tak zwaném *contagium vivum* w chorobach nagminnych zyskuje coraz większe koło zwolenników. (Liebermeister w dziele Ziemssena *Infektionskrankh.* II, I, 1. *Einleitung)*. Prawdziwości téj teoryi dowodzą następujące fakty:

1) Jad chorób zakaźnych da się w nieograniczony sposób rozmnażać, czego o żadnych truciznach czyto organicznych czy nieorganicznych powiedzieć nie można. Mała ilość trucizny organicznéj może zabić, ale w témże ciele rozmnożyć się i tysiącom innym szkodzić nie może.

A chociaż w chemii znajdujemy analogiczny proces fermentacyi, na któréj także budowano teoryje chorób nagminnych zowiąc je chorobami fermentacyjnemi *(morbi zymotici)*, to według dzisiejszych pojęć o fermentacyi w poprzednich rozdziałach wyłożonych jestto sprawa także na rozwoju roślinek polegająca, zatém oba pojęcia *morbi e contagio vivo* i *morbi zymotici* spływają się w jedno pojęcie chorób zakaźnych.

2) Swoistość jadów zakaźnych przemawia za ich przyrodą roślinną, gdyż tak jak nasienie żyta zawsze żyto, owsa zawsze owies wydaje, tak samo jad duru wysypkowego zawsze dur wysypkowy, duru brzusznego zawsze dur brzuszny, jad ospowy zawsze ospę, jad krowianki zawsze ospicę szczepioną, gorączki powrotnéj zawsze gorączkę powrotną itd. wytwarza.

Nie masz zaś żadnych form przejściowych pomiędzy temi chorobami. Nikt też inaczéj duru, ospy, odry, płonicy, ospicy szczepionéj, kiły etc. nie dostaje, jak przez zarażenie się odpowiedniemi zarazkami.

Jest jednakże jedno zjawisko w największéj liczbie chorób zakaźnych zaraźliwych (niemiazmatycznych) zauważane, którego i teoryja zaczynów roślinnych w żaden sposób dotychczas wytłumaczyć nie może, a jestto ta okoliczność, że ustrój, który raz przebył jednę z chorób zakaźnych niemiazmatycznych, staje się niemal nieprzystępnym dla téjże zarazy. Podobnego zjawiska u roślin nienapotykamy w zwyczajnych warunkach, by jednorazowy posiew jakiéj rośliny wyczerpał żyzność gleby dla udania się téjże rośliny.

Snać zmienia się ustrój po przebyciu każdéj choroby zaraźliwéj, lecz w jakim względzie, o tém nie mamy wyobrażenia.

Dla wszystkich tych zarazków chorób pospólnych przypuszczano dotychczas dwie główne drogi, któremi dostawać się miały do ustroju, tj. albo przez drogi oddechowe wraz z powietrzem wdychaném, albo przez przewód pokarmowy szczególniéj za pośrednictwem wody do picia.

Podług mego zdania istnieje jeszcze trzecia droga, którą wiele zarazków dostaje się do ustroju, a tą drogą są pory w skórze czyli przewody gruczołów potnych. Za dowód mego twierdzenia mogę przytoczyć:

1) że otwory te tak powierzchownie leżą, iż daleko łatwiéj mogą przez nie zarazki przez bezpośrednie zetknięcie dostać się do ustroju niż przez błony śluzowe;

2) jako drugi dowód anatomiczny, że zarody niektórych chorób zaraźliwych np. odry, ospy, drogą gruczołów potnych i łojowych się rozpościerają, posłużyć mogą spostrzeżenia, które wykonał w odrze Thomas, w ospie Hebra, Curschmann, Weigert i inni. Thomas utrzymuje, że jako punkt wyjścia prostéj plamy odrowéj rozpoznał pod drobnowidem w przeważnéj liczbie przypadków przekrwienie i obrzmienie ujścia gruczołów łojowych; (Thomas w Ziemssenie II, I, 2. 1874 str. 61) Curschmann zaś twierdzi, że ulubioną siedzibą zmian anatomicznych w ospie są torebki włosowe, gruczoły łojowe i gruczoły potne, i że zmiany te polegają na obumarciu jednych a

zwyrodnieniu innych komórek; zwyrodnienie to podobnėm jest do tego, jakie wytwarza błonica, dlatego Weigert nazwał je *„diphtheroide Zellendegeneration."* (Curschmann w dziele Ziemssena II, I, 2; wydanie 2, str. 430.)

Skoro więc w gruczołach łojowych i potnych są zmiany zarazkami odrowemi lub ospowemi wywołane i takież zarazki w sobie mieszczące, to zrozumialszém jest i więcéj do przekonania trafia przypuszczenie, że zarazki te wnikają wprost z zewnątrz przez przewody gruczołów łojowych i potnych, aniżeli przypuszczenie, że one najprzód przez przewody oddechowe lub przewód pokarmowy do ogólnego obiegu krwi się dostają, a ztamtąd dopiero tajemniczym sposobem w gruczołach łojowych i potnych i torebkach włosowych osiadają.

3) Trzeci dowód prawdziwości tego sposobu szerzenia niektórych zarazków jest kliniczny. Wiadomo, że plamy odrowe zazwyczaj nie pojawiają się równocześnie na całém ciele, lecz najprzód na twarzy, zatém na téj części ciała, która nie będąc odzieżą ochroniona najprzód na działanie zaczynów w powietrzu rozpostartych jest wystawioną, następnie dopiero pojawia się wysypka na głowie pomiędzy włosami, późniéj na szyi, karku, odnogach górnych, daléj na piersiach, grzbiecie, w końcu na odnogach dolnych; w takim téż porządku w jakim powstawała wysypka, w takimże zazwyczaj ginie (Thomas l. c., Hebra w Virchowa *Handbuch der Pathologie u. Therapie* tom III, str. 84, 1860).

Jeszcze wybitniéj przedstawia się ta kolejność występowania wysypki w ospie. Wiemy, że regularnie trzeciego dnia gorączki poprzedzającéj ospę prawdziwą pierwsza wysypka pojawia się zawsze na twarzy i na głowie, w kilka godzin potém występuje na grzbiecie, piersiach i odnogach górnych, późniéj na brzuchu a najpóźniéj na nogach. Lecz i późniéj w ciągu wielu jeszcze dni na wszystkich tych częściach pojawiają się coraz nowe wysypki. (Hebra w zbiorowém dziele Virchowa III. 1860, str. 167.) Można to sobie łatwo tłumaczyć w ten sposób, że posiew zaczynów ospowych nie dokonywa się od razu, lecz najprzód od miejsca najwięcéj na zewnętrzne wpływy narażonego, od głowy i twarzy, potém zakażenie szerzy się na coraz niższe okolice, a wśród tego czasu i w okolicach górnych już zajętych inne gruczoły łojowe lub potne przyjmują nowe zaczyny, tworzy się więc pomiędzy dawnemi nowa wysypka. Zmiany ospowe przechodzą zwykle przez całą głębokość skóry, gdyż gruczoły potne, łojowe i torebki włosowe zwykle téż w spodniéj warstwie skóry są umieszczone. Natomiast w płonicy *(scarlatina)* nie da się ani anatomicznie ani klinicznie wykazać (ani téż zaprzeczyć), by gruczoły potne lub łojowe były punktami rozpościerania się zaczynów płonicznych. Wprawdzie i tu rozpoczyna się wysypka punkcikami czerwonemi na szyi i piersiach, ale już w 12—18 godzin cała skóra przybiera jednostajnie równe zabarwienie. Anatomicznie wypociny znajdują się w całéj sieci Malipighiego. Fenwick znalazł w tejże obok zwyczajnych komórek przyskórka, liczne komórki okrągłe z dużemi jądrami, nadto błonę zarodniczą *(Grundmembran)* gruczołów potnych zgrubiałą, a wyściełający je przybłonek po części złuszczony zatykał przewody potne. Że jednak same gruczoły nie są główńemi przewodnikami zarazka płonicy, świadczy przypadek Landenbergera. Tenże widział u chłopca 10-letniego bliznę po oparzeniu na udzie, brzuchu i grzbiecie blizko 2 stopy □ zajmującą, po zniszczeniu skóry w całéj grubości. Blizna ta w czasie płonicy, któréj popadł chłopiec, uległa zupełnie tym samym zmianom co i reszta skóry, tj. zaczerwieniała się, obrzmiała a w końcu złuszczyła się. (Thomas w Ziemssenie II, I. 2; 1874 str. 197.) Na téj więc przestrzeni nie mogły gruczoły łojowe ani potne pośredniczyć tworzeniu się wysypki płonicznéj.

4) Czwarty dowód wypływa z uwzględnienia stósunku przeziębienia do zarażenia. Wiadomo, jak przeziębienie usposabia do zarażenia się tą lub ową chorobą zaraźliwą. Nie ulega wątpliwości, że lekarze lub osoby pielęgnujące chorych codziennie przez kilka lat stykając się z chorymi np. na dur wysypkowy nie dostają duru, dopiero gdy prócz zetknięcia nastąpi przeziębienie silniejsze, np. gdy osoba taka dłuższą podróż w zimie przedsięweźmie, albo zmoknie, wtedy dostaje duru; to tłumaczę sobie według wyłożonéj teoryi przeziębienia w bardzo prosty sposób ten, iż na skórze tych osób osiadły i zawsze osiadają w salach durowych zaczyny durowe, ale nie wnikają w ustrój, dopóki nie nastąpi przeziębienie, tj. dopóki prąd odśrodkowy przeziewu skórnego nie zmieni się na dośrodkowy, który porywa zarazki w głąb ustroju.

Doświadczyłem tego na sobie samym, przez 6 lat będąc asystentem a później lekarzem szpitalnym miałem ciągle styczność i to po całych dniach z chorymi durowymi, lecz nie zaraziłem się dopiero w 7 roku mając w szpitalu także chorego na dur wysypkowy, gdy w tym czasie odbyłem podróż siedmomilową wózkiem, w czasie któréj nieco przeziąbłem; powróciłem już w gorączce zagajającéj dur wysypkowy, nie wiedziałem wtenczas co właściwie było przyczyną mego duru, czy zarażenie. czy przeziębienie, teraz wydaje mi się to rzeczą jasną.

Dawniéj już zauważałem, że częstokroć w zimie po przeziębieniu występowała odra albo płonica u dzieci, w których domu nikt nie chorował, jeśli tylko choroby te w mieście tu i owdzie się pojawiały, skoro dzieci te stały przez dłuższy czas przed sienią domu, albo były na ślizgawce; nie umiałem sobie wtedy wytłumaczyć, dlaczego odra lub płonica, skoro są chorobami zaraźliwemi, powstają przecie częstokroć po przeziębieniu a nie po zarażeniu. Teoryja powstawania chorób przeziębnych zastósowana do chorób zaraźliwych równie jak i do miazmatycznych (zimnicy) najlepiéj wyświeca stosunek ich do siebie i ułatwianie zarażenia przez przeziębienie. Zwracali już na to uwagę i dawniejsi lekarze przy odrze, uważając ją za spotęgowany katar w skutek szczególnych wpływów atmosferycznych, tylko nie domyślali się, że wpływ ten atmosferyczny polega na rozpostarciu w powietrzu zaczynów grzybkowych odry. Grzybki, na rozwoju których polegają choroby zakaźne w bardzo małéj części dotychczas poznane, Lebert obejmuje jednėm mianem pierwogrzybków *(protomycetes)*. Są to prątki kuliste, pręcikowe lub spiralne, które są tak drobne, iż stoją na granicy świata dostrzegalnego za pomocą najsilniejszych środków optycznych. Naegeli nazwał je grzybkami rozszczepnemi *(schyzomycetes)*, dlatego że mnożą się przez rozszczepianie *(Spaltung)*. Policzył on je do wodorostów *(algae)*, odróżniając je od pleśni i grzybków drożdżowych.

Tylko grzybki rozszczepne mają według zdania Naegelego mieć zdolność rozmnażania się w ustroju ludzkim, gdyż do rozwoju swego nie potrzebują wolnego tlenu, (według Pasteura i grybki drożdżowe nie potrzebują wolnego tlenu do rozwoju i na tém polega fermentacyja ciała) i ciepłota ciała sprzyja ich rozwojowi. Odznaczają się one z jednéj strony wielką siłą rozmnażania, z drugiéj strony drobnością i nadzwyczajną lekkością, w skutek czego prądy powietrzne unoszą je z łatwością, szerząc epidemije, szczególnie gdy po-

ziom wody się obniża, mają one wysychając z łatwością unosić się w powietrze, tym sposobem ciągła wilgoć miałaby być najlepszym środkiem ochronnym przeciw szerzeniu się epidemij. Tego zapatrywania jednak Naegelego doświadczenie lekarskie wcale nie stwierdza, gdyż właśnie w czasie slot jesiennych lub wiosennych najwięcej epidemij wybucha, owszem uważaliśmy przeprowadzenie konsekwentne téj zasady za bardzo szkodliwe w praktyce, bo wilgotne pomieszkania, wilgotna odzież, musiałyby być zalecane jako ochronne przeciw epidemijom, co dotychczasowym doświadczeniom i pojęciom higijenicznym zupełnie się sprzeciwia.

Przystępujemy teraz do opisu jednego z tych nielicznych zaczynów, który w chorobach zaraźliwych najpierw wykryty i dokładnie opisany został.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Mosetig-Moorhof (w Wiedniu): **Pewny, łatwy i bezpieczny sposób usunięcia drożnych zwężeń cewki moczowéj.**

W zwykłéj praktyce lekarskiéj należy zawsze przyznać pierwszeństwo powolnemu rozszerzaniu zwężonéj cewki moczowéj przed rozcięciem miejsca zwężonego od wewnątrz *(Urethrotomia interna)* lub też gwałtownèm jego rozszerzeniem za pomocą dilatatorów Voillemiera, Thompsona lub Dittla. Chociaż bowiem niezaprzeczenie operacyje ostatniego rodzaju prędzéj prowadzą do celu, niż rozszerzenie stopniowe, to jednak narażają one czasem chorych na groźne niebezpieczeństwo, a nawet zejście śmiertelne skutkiem nacieków moczowych w miejscu świeżéj rany. (10 razy na 1095 przypadków zebranych z literatury francuskiéj i angielskiéj.) Z tego powodu podaje autor sposób niezawodny do rozszerzania cewki moczowéj, który ma usunąć dotychczasowe nieraz bardzo wielkie trudności napotykane przy sondowaniu i rozszerzaniu zwężeń cewki moczowéj dochodzących zwlaszcza do stopnia znacznego.

Przyrząd podany przez autora zastępuje struny ulegające tak łatwo zepsuciu i składa się z nader cienkiéj świeczki kauczukowéj i stożkowatego cewnika metalowego połączonych razem za pomocą szrubki. Najpierw wprowadza się do cewki powyższą cieniutką świeczkę kauczukową, która posiada tę ważną zaletę wyróżniającą ją korzystnie od strun, że nie zwija się, ani nie pęcznieje, chociaż się ją przez dłuższy czas pozostawi w cewce moczowéj i nadaje się skutkiem tego do używania przez czas długi. Jeżeli się szczęśliwie już udało przeprowadzić świeczkę przez miejsce zwężone, przyszrubowuje się cewnik metalowy z końcem stożkowato zakończonym i wprowadza do pęcherza, co się już z łatwością udaje, albowiem świeczka kauczukowa jest przewodnikiem w tym względzie i posuwając się coraz to daléj zwija się dopiero w pęcherzu. Dalsze postępowanie lecznicze zależy już od zdania lekarza, według tego czy mu chodzi tylko o wypuszczenie moczu, o pozostawienie cewnika na minut kilka, czy też woli cewnik zostawić à demeure tj. przez czas dłuższy. W pierwszym razie wyciąga się po prostu cały przyrząd, w razie zaś drugim wyjmuje się tylko cewnik metalowy, odkręca od świeczki, a zamiast niego przyszrubowuje się cienki prosty pręt metalowy i wsuwa znów do cewki, poczém nasuwa się nań cewnik elastyczny o jeden numer cieńszy od poprzednio użytego cewnika metalowego. Lekarze posiadający większą wprawę w kateteryzowaniu cewki moczowéj mogą bez tych nawet zachodów wprost po usunięciu całego przyrządu wsunąć do cewki cewnik elastyczny angielski i nie napotykają zazwyczaj na żadne trudności przy przejściu miejsca zwężonego. Wprowadzenie cewnika à demeure nadaje się bardzo przy zwężeniach stopnia znacznego, jak to radzi Thompson i tym sposobem można bardzo szybko usunąć zwężenie, gdyż po 24 godzinném pozostawieniu cewnika Nr. 1 można zaraz w dniu następnym wprowadzić Nr. 5, 6, a nawet czasem 8, jak tego kilkakrotnie na klinice prof. Rosnera miałem dowody. Dalsze jednak postępowanie musi być energiczne, gdyż zwężenia tego rodzaju bardzo łatwo ściągają się napowrót (*przyp. refer.*).

Autor złożył małe Etui z 4 świeczek kauczukowych i 4 cewników metalowych (Nr. 10 — 16) obok jednego pręcika metalowego dla użytku kolegów zwłaszcza na prowincyi zamieszkałych polecając firmę Wagner et Benda. *(Opernring Nr. 8.) (Wiener medic. Wochenschr. Nr. 33.)* *Obt.*

IV. Listy z Kamieńca Podolskiego.

III.

Najprzód cześć zmarłym kolegom! Padło ich na Kaukazie i na polach Bułgaryi do lipca przeszło 140. Słusznie utrzymuje gazeta lekarska („*Wraczebnyja wiedomosti*“), że „drugie tyle z pozostałych przy życiu, umarło dla nauki i dla licznego pocztu chorych, którym spieszyli z pomocą“. Korporacyja lekarska ofiarnością bez granic zjednała sobie ogólny poklask, podziw, nawet uwielbienie. To też projekt dra Goldenberga, pragnącego uczcić pomnikiem składkowym przeszło 96 kolegów zmarłych podczas wojny w Turcyi europejskiéj, zyska zapewne sankcyję władz rządowych. „Nie wiele bowiem (słowa promotora projektu) tych mogił oznaczono prostym nawet krzyżem... jeżeli więc matka zechce zapłakać nad popiołami syna, sierota uderzyć czołem na grobie ojca, żona oddać cześć zmarłemu mężowi... czyż ich odnaleść potrafią? miejsca w których spoczywają owi pracownicy wkrótce zapomniane zostaną“... Więc na pomniku owym wyryte mają być nazwiska zmarłych, z wyszczególnieniem daty zgonu i cmentarzyska, kędy złożeni zostali na wieczny spoczynek. Niezależnie od tego główny inspektor służby zdrowia armii polowéj, dr. Prysiełkow, zamyśla wydać rocznik żałobny, w którym umieści życiorysy poległych towarzyszów z pod jednéj z nami chorągwi; a że prosi o szczegóły biograficzne, więc tu dla wiadomości wypisujemy nazwiska naszych współrodaków, a spora ich gromadka zaiste!

Adamowicz, główny lekarz wołyńskiego pułku piechoty; umarł w skutek zapalenia płuc 19 września 1877 r., pochowany w Kiszyniowie. Sawicki, starszy lekarz 48 batalionu rezerwowego, umarł nagle 27 grudnia roku zeszłego. Sokołowski, lekarz-chirurg rezerwowy przy 17 dywizyi piechoty, umarł w skutek duru w Czernowodach 28 grudnia 1877 r. Łuczkowski, młodszy ordynator 75 czasowego wojennego szpitalu, umarł w skutek duru brzusznego w Turbatowie o wiorstę od Frateszti 1 stycznia 1878. Iwanowski, lekarz rezerwowy, umarł nagle w Filipopolu 3 stycznia b. r. Jezierski, starszy ordynator 67 szpitalu rezerw., dostał tyfusu plamistego, umarł w Górnym Studeniu 4 lutego. Lisowski, młodszy ordynator czasowego szpitalu N. 58, umarł z tyfusu w Jassach. Jakubowski,

młodszy lekarz 54 pułku piechoty, suchotnik umarł 4 lutego. Czopowski, młodszy ordynator przy czasowym szpitalu N. 53. dotknięty tyfusem umarł 9 lutego. Bielawski, główny lekarz przy szpitalu pod N. 71, dotknięty durem, umarł w Poradymie 13 lutego; ciało jego rodzina sprowadziła do kraju. Załęcki Bronisław, młodszy ordynator ruchomego szpitala 3 dywizyi grenadyerskiéj, umarł w skutek tyfusu w Kazanlyku 13 lutego. Żmigrodzki (podolanin) lekarz 3 batalionu saperów, dostał duru plamistego, umarł w Sistowie 14 lutego. Olszewski, młodszy ordynator 82 szpitala czasowego, umarł w Frateszti 17 lutego. Wiszniewski (podolanin) lekarz 11 pułku grenadyerów, umarł na tyfus 21 lutego w Adryjanopolu. Wojciechowski starszy lekarz 11 batalionu strzelców, dotknięty gorączką tyfoidalną, umarł 7 marca. Kłobucki, młodszy lekarz 123 pułku piechoty umarł w skutek durzycy plamistéj w Filipopolu 12 marca b. r. Owsiany, młodszy lekarz 110 pułku piechoty dotknięty durem brzusznym umarł 22 marca. Bogusławski, pełniący obowiązek starszego lekarza przy 10 pułku piechoty, umarł w skutek duru plamistego 20 marca. Dowmont, ordynator 69 szpitala czasowego, umarł w skutek tyfusa w kolonii Karahacz w okolicy Adrianopola 23 marca. Pohorecki, lekarz 39 batalionu rezerwy, dostał plamistego tyfusa, umarł 26 marca. Czerwiński, lekarz rezerwowego szpitalu N. 32, umarł 22 marca w skutek tyfusu. Kosiński Władysław, główny lekarz 10 pułku grenadyerów, padł ofiarą tyfusu 1 kwietnia 1878 r., pochowany w Czorlu. Tyszecki Antoni, starszy ordynator szpitala 3 dywizyi grenadyerskiéj, dotknięty durem, umarł w Siliwri 6 kwietnia 1878 r. Płotnicki, starszy lekarz 2 brygady grenadyerskiéj artyleryjskiéj, umarł na zapalenie mózgu 30 kwietnia 1878 r. Kisiel Jan (przed wstąpieniem do wojska mieszkał na Podolu przy szpitalu w dobrach PP. Sobańskich, używał i jako lekarz i jako człowiek dobréj opinii, lud go lubił szczególnie), starszy ordynator szpitalu czasowego N. 72, zachorował na tyfus, umarł w Dranowie 2 maja. Sobieszczański Józef, młodszy lekarz 123 pułku piechoty, podolanin, syn nieżyjącego od lat kilkunastu urzędnika pocztowego w Latyczowie, wychowaniec gimnazyjum kamienieckiego a potém uniwersytetu kijowskiego, który przed dwoma przeszło ukończył laty, po chwilowym wypoczynku zaciągnął się do wojska, dotknięty plamistą durzycą umarł w Sofii w połowie maja, liczył dopiéro lat 26; uśmiechało mu się życie: szedł śmiało w ogień — tyle już przebył w ciągu niedługiéj wędrówki, zabiegło mu bowiem drogę sieroctwo i ubóstwo... ale stara matka i stara ciotka pracowały jak wyrobnice, by go od nędzy uchronić... I dobiegł nareszcie do mety, z dyplomem, w wytartéj bluzie stawił się pod ubogą i niską strzechą, był to dzień tryumfu dla tych dwojga ludzi tak blisko ze sobą związanych; ale wojna już grzmiała nad Dunajem; miałże pozostać bezczynnym? toż mógł z niéj wynieść nie jedną zdobycz dla nauki, zapał młodzieńczy niewidział niebezpieczeństwa... poszedł tedy, by nie wrócić już więcéj. A dwie pokrewne niewiasty w ciężkiéj żałobie, znowu się zaprzęgły do żelaznéj pracy, aby za grosz mozolnie uzbierany krzyżem naznaczyć drogą mogiłę....[1]).

(Dokończenie nastąpi.)

[1]) Byłoby do życzenia, żeby i inne pisma jak lekarskie, tak uniwersyteckie przedrukowały ten rejestr cmentarny; wydawcy bowiem żałobnéj kroniki potrzebne są szczegóły bijograficzne.

STATUT

szpitala św. Łazarza w Krakowie. *)

I. Przeznaczenie i środki utrzymania.

§. 1. Szpital św. Łazarza w Krakowie jest publicznym i powszechnym zakładem krajowym, zostaje pod zwierzchnim zarządem Wydziału krajowego i obejmuje: *a*) oddziały chorób wewnętrznych i zewnętrznych, *b*) zakład położnic, *c*) oddział syfilitycznych, i *d*) zakład dla obłąkanych.

Co do utrzymania w szpitalu św. Łazarza podrzutków i dzieci ubogich położnic, obowiązują przepisy ustawy krajowéj z dnia 10 maja 1873. L 249. dz. u. kr. i rozporządzenie Wydziału krajowego z dnia 23 maja 1873. L. 252 dz. u. k.

§. 2. Wszystkie fundusze powyższych oddziałów i zakładów szpitala śgo Łazarza, aczkolwiek obecnie pod jednym zarządem połączonych, z jakiegokolwiek źródła pochodzące, czy się one w kraju lub za granicą znajdują, są nietykalną własnością tych poszczególnych zakładów. Nie mogą być zatém od pierwotnego swego przeznaczenia odciągane, ani też dochody z nich na inne cele nad te, jakie fundatorowie w swych zapisach wskazali, obracane.

§. 3. Środków do utrzymania szpitala, a względnie każdego z zakładów, dostarczą: *a*) dochody z własnych funduszów, *b*) zwroty kosztów leczenia, *c*) inne rozmaite dochody, *d)* zasiłki z funduszu krajowego.

II. Nadzór i naczelny zarząd.

§. 4. C. k. Rządowi służy policyjno-sanitarny nadzór nad szpitalem, w myśl ustawy z dnia 30 kwietnia 1870 r. Nr. 68. dz. u. p.

§. 5. Wydział krajowy jest naczelną władzą zarządzającą szpitalem. Wydział krajowy wykonywa swą władzę w myśl przeznaczenia zakładów, stósownie do obowiązujących ustaw i przepisów, tudzież do postanowień niniejszego statutu.

§. 6. Wydział krajowy ustanawia komitet administracyjny w celu wykonywania, w zastępstwie Wydziału krajowego, opieki nad szpitalem i kontroli nad zarządem miejscowym wedle instrukcyi przez Wydział krajowy wydanéj.

Komitet administracyjny składa się z pięciu członków; mianowicie: z przewodniczącego przez Wydział krajowy bezpośrednio powołanego, z trzech członków mianowanych przez Wydział krajowy, z których jednego przedstawia rada powiatowa, drugiego rada miejska, a trzeciego Wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego, nareszcie z dyrektora szpitala.

III. Stosunki służbowe.

a) Ogólne postanowienia.

§. 7. Lekarskie, administracyjne i gospodarskie czynności w szpitalu załatwiają: dyrektor, lekarze, urzędnicy i służy.

§. 8. Urzędnikami i sługami szpitala są: dyrektor, prymaryjusze i inni lekarze etatowi, aptekarz, rządca, oficyjałowie, pisarze, woźny i odźwierny.

Obowiązki każdego z tych funkcyjonaryjuszów, niemniéj stanowisko profesora położnictwa, profesora kliniki chorób skórnych i syfilitycznych, prosektora i chemika patologicznego określi osobna instrukcyja.

Ustawa służby krajowéj, tudzież §§. 4, 6. 8 i 9 uchwały sejmowéj z dnia 3 stycznia 1874 r. stosują się do urzędników szpitalnych, z tém ograniczeniem, że do dyrektora mogą być w drodze dyscyplinarnéj zastósowane postanowienia zawarte w §. 45 lit. f) i g) ustawy, tylko za przyzwoleniem c. k. Rządu.

§. 9. Etat posad i płac ustanawia sejm krajowy.

b) Dyrektor.

§. 10. Dyrektor szpitala jest bezpośrednim zwierzchnikiem służby lekarskiéj i administracyjnéj, wszelkich warstw i kategoryj, sprawuje bezpośrednio zarząd w szpitalu tak w administra-

*) Dodatek 2gi do przedłożenia Wydziału krajowego do L. 29702/78.

cyjnym jak w lekarskim względzie, stara się o jak najlepsze pielęgnowanie chorych i o stósowne onych pomieszczenie, czuwa nad gorliwém pełnieniem obowiązków wszystkich organów szpitala, wykonywa polecenia władz przełożonych, tudzież reprezentuje szpital na zewnątrz w granicach instrukcyi przez Wydział krajowy wydanéj. W ogóle dyrektor jest organem wykonawczym, odpowiedzialnym za to, żeby cele i przeznaczenie szpitala, w miarę możności, osiągnięte zostały.

Dyrektor jest członkiem stałym komitetu administracyjnego z głosem stanowczym i referentem spraw szpitalnych na posiedzeniach komitetu, winien być doktorem medycyny i chirurgii lub doktorem wszech nauk lekarskich i jest obowiązanym mieszkać w szpitalu. Dyrektora mianuje Cesarz na przedstawienie Wydziału krajowego.

c) Służba lekarska.

§. 11. Prymaryjusze ordynują na przydzielonych sobie oddziałach samodzielnie pod osobistą odpowiedzialnością.

Nieobecnego dyrektora zastępuje jeden z prymaryjuszów, którego dyrektor, za uwiadomieniem komitetu administracyjnego, do tego wyznaczy, dopóty, dopóki Wydział krajowy inaczéj nie zarządzi.

Prymaryjuszów mianuje Wydział krajowy na przedstawienie dyrektora, zaopiniowane przez komitet administracyjny.

§. 12. Prymaryjuszem w zakładzie położnic jest każdoczesny c. k. profesor położnictwa.

Obowiązki służbowe tego prymaryjusza względem zakładu są te same co innych prymaryjuszów.

§. 13. Prosektor jest obowiązany wykonywać naukowe sekcyje zwłok, z wyjątkiem sekcyj sądowych i policyjnych, zbierać daty statystyczne do przyczyn chorób i śmiertelności i składać naukowe sprawozdania.

Chemik patologiczny uskutecznia analizę chemiczną dla oddziałów.

Wydział krajowy zawiera umowy z każdoczesnymi profesorami anatomii patologicznéj i chemii patologicznéj o pełnienie obowiązków prosektora i chemika.

§. 14. Sekundaryjusze, asystenci i praktykanci pełnią służbę pomocników przy prymaryjuszach na oddziałach, do których są przydzieleni, a z polecenia dyrektora wszelką inną służbę lekarską w szpitalu.

Sekundaryjusze są obowiązani mieszkać w szpitalu i mogą być, w razie potrzeby, czasowo powołani do samodzielnego ordynowania w zastępstwie prymaryjusza.

Sekundaryjuszów i asystentów mianuje Wydział krajowy na dwa lata na przedstawienie dyrektora, zaopiniowane przez komitet administracyjny.

Odznaczający się w pełnieniu swych obowiązków sekundaryjusz lub asystent może być. w téj saméj drodze, jedynie na drugie dwulecie przez Wydział krajowy na zajmowanéj posadzie pozostawionym.

Lata służby sekundaryjuszów i asystentów będą policzone przy przeniesieniu w stan spoczynku, jeżeli od czasu złożenia przyrzeczenia służbowego, pełniąc bez przerwy służbę przy którymkolwiekbądź z zakładów krajowych, posunęli się na stałą posadę.

Lekarskich praktykantów przyjmuje i uwalnia dyrektor donosząc o tém, za pośrednictwem komitetu administracyjnego, Wydziałowi krajowemu.

§. 15. Posady lekarzy szpitalnych mogą być nadane tylko doktorom medycyny; na oddziale chirurgicznym tylko doktorom medycyny i chirurgii, w zakładzie położnic tylko doktorom medycyny, którzy są oraz magistrami położnictwa. Doktorom wszystkich nauk lekarskich może być nadaną każda z tych posad.

Lekarzem ordynującym w zakładzie dla obłąkanych może zostać tylko taki doktor medycyny, który się wykaże, że jako psychiatra pełnił już służbę lekarską w zakładzie dla obłąkanych.

§. 16. W zakładzie dla położnic pełni służbę akuszerka, którą Wydział krajowy mianuje na przedstawienie fakultetu lekarskiego uniwersytetu Jagielońskiego.

d) Służba administracyjna.

§. 17. Pod zwierzchnictwem dyrektora wykonywa rządca zarząd ekonomiczny szpitala.

Rządca zasiada w komitecie administracyjnym z głosem doradczym. W zastępstwie dyrektora mogą mu być poruczone referaty w sprawach ekonomicznych.

§. 18. Oficyjałowie załatwiają sprawy kasowe, rachunkowe tudzież kancelaryjne.

§. 19. Pisarze prowadzą protokół stanu chorych, załatwiają czynności manipulacyjne przy przyjmowaniu chorych, niemniéj wszelkie przekazane im prace kancelaryjne.

§. 20. Urzędników mianuje Wydział krajowy na przedstawienie dyrektora a po wysłuchaniu zdania komitetu administracyjnego.

e) Służba duchowna.

§. 21. Obowiązkiem kapelana rzymsko-katolickiego jest udzielać pomocy duchownéj chorym, ciężarnym i położnicom oraz zawiadywać biblijoteką szpitalną.

f) Siostry Miłosierdzia.

§. 22. Pielęgnowanie i obsługa chorych mogą być i nadal poruczone czy to Siostrom Miłosierdzia czy innym stowarzyszeniom duchownym lub dobroczynnym za umową przez Sejm zatwierdzoną.

g) Służba niższa.

§. 23. Woźnego i odźwiernego mianuje Wydział krajowy na przedstawienie dyrektora.

§. 24. Wydział krajowy oznacza w miarę potrzeby ilość posługaczy i służby domowéj.

Posługaczy i służbę, tak męzką jak żeńską przyjmuje i oddala dyrektor, jeżeli Wydział krajowy nie postanowi inaczéj.

IV. Warunki umieszczenia chorych
(z wyjątkiem obłąkanych).

§. 25. Do szpitala św. Łazarza winien być przyjęty każdy zgłaszający się chory, którego stan zdrowia wymaga, aby był w szpitalu leczony a to bez względu na stan, płeć, wyznanie lub przynależność.

§. 26. Nie będą przyjmowani: Chorzy, dotknięci chorobami długotrwałemi, bezgorączkowemi a nieuleczalnemi, jeżeli choroba nie jest powikłaną z inną, wymagającą leczenia szpitalnego, lub jeżeli nieprzedstawia objawów bezpośrednio życiu zagrażających, nareszcie jeżeli przyjęcia chorego nie wymagają względy sanitarno-policyjne.

Chorzy dotknięci chorobą zaraźliwą będą przyjmowani do szpitala dopóty, dopóki ta choroba nie panuje nagminnie. W takim razie gmina jest obowiązaną urządzić dla tych chorych osobny szpital.

§. 27. Zarząd szpitala powinien przyjmować chorych bezzwłocznie, każdego czasu, tak w dzień jak w nocy, skoro tylko lekarz do tego ustanowiony uzna, że się do przyjęcia kwalifikują.

W przypadkach wątpliwych orzeka dyrektor ostatecznie, czy przyjęcie ma nastąpić. lub nie.

§. 28. Jeżeli przy kwalifikowaniu chorego okażą się na nim ślady, mogące stanowić poszlaki zbrodni lub występku, dyrektor szpitala winien o tém zrobić doniesienie do właściwéj c. k. prokuratoryi rządowéj.

§. 29. Chorzy dotknięci chroniczną niemocą, nie mogą pozostawać w szpitalu dłużéj nad trzy miesiące, z wyjątkiem gdyby dyrektor wspólnie z prymaryjuszem uznali potrzebę niezbędną dłuższego zatrzymania w szpitalu.

§. 30. Chorzy powinni się zachować stósownie do porządku domowego.

Sale chorych kiłowych i zakażonych powinny być odosobnione klauzurą. Odwiedzanie takich chorych może nastąpić tylko za każdorazowém zezwoleniem prymaryjusza a z wiedzą dyrektora.

§. 31. Chorym wolno, na własny koszt, za przyzwoleniem prymarjusza i z wiedzą dyrektora, wezwać do narad innych lekarzy.

V. Przyjmowanie chorych umysłowych.

§. 32. Każdy chory na umyśle winien być przyjętym do zakładu, o ile miejsca starczy, a mianowicie: *a)* z chorobą

uleczalną, *b)* z chorobą nieuleczalną, jeżeli chory zagraża publicznemu bezpieczeństwu lub obyczajności publicznéj.

§. 33. Od przyjęcia do zakładu są wykluczone wszelkiego rodzaju kaleki umysłowe, nieszkodliwe. Wydział krajowy może atoli wyjątkowo w przypadkach uwzględnienia godnych zezwolić na przyjęcie takich chorych.

§. 34. Chorych do zakładu obłąkanych przyjmuje dyrektor, po wysłuchaniu zdania prymarjusza, na żądanie stron interesowanych, lub właściwéj władzy bezpieczeństwa.

W celu uzyskania przyjęcia należy dyrektorowi przedłożyć następujące dokumenta: *a)* świadectwo władzy miejscowéj z wymienieniem następujących danych: imienia i nazwiska chorego, wieku, wyznania, stanu, zatrudnienia, miejsca przynależności, miejsca ostatniego pobytu, stosunków rodzinnych i stosunków majątkowych chorego i jego rodziny w linii wstępnéj i zstępnéj, nazwisko i miejsce zamieszkania rodziców, opiekunów lub kuratora, a gdyby takowy nie był ustanowiony, téj osoby, która ma zastępować chorego w obec zakładu; *b)* historyję choroby, sporządzoną przez lekarza, wedle wzoru przepisanego; *c)* oświadczenie lekarza powiatowego, względnie fizyka miasta Krakowa, iż osoba, która ma być oddaną do zakładu, kwalifikuje się do przyjęcia; *d)* w przypadkach zagrażających publicznemu bezpieczeństwu lub obyczajności publicznéj, stosowne poświadczenie miejscowéj władzy; *e)* co do płacących chorych, pisemne zobowiązanie się téj osoby, która ma opłatę uiszczać, że koszta leczenia i utrzymania, wedle ustanowionéj taksy, miesięcznie z góry płacić będzie, wraz z oświadczeniem, że się poddaje rygorowi ustanowionemu w §. 47, na przypadek nieuiszczenia w terminie opłaty. Możność płacenia musi być na tym rewersie przez miejscową władzę zatwierdzoną.

§. 35. Gdyby władze bezpieczeństwa, w nagłych przypadkach, uznały potrzebę oddać chorego do zakładu bez dokumentów w poprzednim paragrafie wymienionych, w takim razie powinny je dodatkowo jak najspieszniéj dyrektorowi przedłożyć.

§. 36. Zakład nie ponosi żadnych kosztów z powodu odstawienia chorych do zakładu.

§. 37. Chorzy winni być oddani do zakładu, wedle możności, należycie odziani, zaś chorzy płacący muszą być nadto zaopatrzeni w potrzebną do zmiany odzież i bieliznę.

§. 38. Każdy do zakładu przyjęty chory ma być bez zwłoki do protokółu stanu chorych zapisany. Protokół ten parafowany przez Wydział krajowy ma być prowadzony w sposób przepisany w §. 13 rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 14. maja 1874. Nr. 71 D. u. p.

Dyrektor szpitala winien w przeciągu 24 godzin donieść trybunałowi I. instancyi w Krakowie o przyjęciu chorego oznajmiając zarazem daty wymienione w ustępach *a)* do *h)* protokółu stanu chorych, i zażądać poświadczenia o tém doniesieniu.

Jeżeli chory podczas pobytu w zakładzie ukończy 24. rok życia, lub jeżeli zajdą okoliczności, które pociągają za sobą zmianę w osobie prawnego zastępcy, winien dyrektor donieść o tém pomienionemu sądowi z dokładném podaniem stosunków osobistych chorego (§. 9. minist. rozporz. z dnia 14. maja 1874 Nr. 71 D. u. p.)

§. 39. Chorzy podlegają przez czas pobytu w zakładzie rozporządzeniom lekarza ordynującego, który odpowiedzialnym jest za godne z nauką i i ludzkością obchodzenie się z nimi.

Dozór nad chorymi ma być w ten sposób wykonywany, ażeby ani sobie ani innym osobom szkody wyrządzić, ani téż samowolnie wydalić się nie mogli.

Środki przymusowe przeciwko chorym mogą być użyte tylko w razie ostatecznéj potrzeby, a to tylko na żądanie lekarza, i z wszelkiemi względami humanitarnemi.

Rodzinie, opiekunowi i kuratorowi chorego wolno zażądać narady lekarskiéj z lekarzami nienależącymi do zakładu, lecz za wiedzą dyrektora i na ich własny koszt. Lekarz ordynujący od téj narady uchylić się nie może.

§. 40. W celach leczniczych utrzymuje zakład w miarę funduszów potrzebne urządzenia dla umysłowego i fizycznego zatrudnienia, tudzież dla rozrywki chorych.

§. 41. Lekarz ordynujący może w porozumieniu z dyrektorem pozwalać chorym wydalać się na krótki czas z zakładu, wszelako pod należytym dozorem.

§. 42. Wszyscy w służbie zakładu zostający są obowiązani zachować tajemnicę o rodzinnych i wszelkich innych stosunkach chorych. Na ustne lub pisemne zapytania winien dyrektor udzielić wiadomości o stanie zdrowia chorych, wszelako tylko rodzinie, opiekunom, kuratorowi i władzom do tego upoważnionym.

Odwiedzenia chorych, tudzież korespondowanie z nimi, jest zawisłém od zezwolenia lekarza ordynującego.

Na zwiedzenie zakładu udziela dyrektor pozwolenia.

VI. Warunki dla wszystkich chorych.

§. 43. Pod względem wygód w umieszczeniu, pielęgnowaniu i utrzymaniu chorych urządzone będą trzy klasy, wedle przepisu Wydziału krajowego.

§. 44. Bez zezwolenia Wydziału krajowego nie mogą być wprowadzone żadne wyjątki w normie pielęgnowania, jeżeliby obciążyć miały fundusz szpitalny.

Za pozwoleniem prymaryjusza i dyrektora wolno chorym w granicach porządku domowego urządzić sobie własnym kosztem ulepszenia i wygody, a chorym na pierwszéj klasie wolno utrzymywać własnego sługę.

§. 45. Wysokość taksy dziennéj dla wszystkich trzech klas ustanawia stosownie do obowiązujących ustaw Wydział krajowy w porozumieniu z c. k. Rządem krajowym.

Taksy szpitalne muszą być jednakowe dla wszystkich chorych jednéj i téj saméj klasy, bez względu na ich przynależność.

§. 46. Oprócz taksy niewolno pobierać od chorego żadnéj innéj należytości ani podarku pod jakąbądź nazwą. Za przyrządy chirurgiczne i opaski, których chorzy trzeciéj klasy, opuszczając zakład, koniecznie potrzebują, zapłata żądaną nie będzie.

§. 47. Chorzy mogą być na własne żądanie każdego czasu przeniesieni z jednéj klasy do drugiéj, wszelako po wyrównaniu należytości

Dyrektor jest z urzędu obowiązany przenieść chorego z wyższéj klasy na trzecią, jeżeli przypadająca zań należytość nie została w terminie uiszczoną.

§. 48. Chorych, tak krajowców jak innych, których właściwe gminy w oznaczonym terminie nie odebrały, obowiązaną jest gmina miasta Krakowa na wezwanie dyrektora odebrać ze szpitala w ciągu ośmiu dni, a to w myśl §. 28. ustawy z dnia 3. Grudnia 1863 Nr. 105. D. u. p.

VII. Wydalenie chorych

(z wyjątkiem umysłowych).

§. 49. Po wyzdrowieniu należy chorych bezzwłocznie ze szpitala wydalić.

§. 50. Niewyleczeni chorzy będą ze szpitala wydaleni — jeżeli sanitarno-policyjne względy na to zezwalają — w następujących przypadkach:

a) jeżeli wydalenia zażąda sam chory, jego rodzice, opiekun, kurator, krewni, właściwa gmina, lub ta władza, która chorego do szpitala oddała.

b) jeżeli chory przebył w szpitalu trzy miesiące bez widoków wyleczenia.

§. 51. Pobyt chorego w szpitalu dłuższy nad trzy miesiące winien dyrektor w obec wydziału krajowego usprawiedliwić. Jeżeli chory przynależy do innego kraju koronnego państwa Austryjackiego, lub do królestwa Węgierskiego, usprawiedliwienie to ma dyrektor przesłać także właściwéj władzy kraju, do którego chory przynależy.

§. 52. Przy wydaleniu chorych nieuleczalnych powinien dyrektor zastosować się do rozporządzenia ministeryjalnego z d. 17. Czerwca 1869 r. l. 1713 Nr. 28. D. u. k.

VIII. Wydalenie chorych umysłowych.

Dyrektor jest obowiązany:

1. zarządzić wydalenie z zakładu: *a)* chorych wyleczonych; *b)* chorych nieuleczalnych, jeżeli nie zachodzi obawa narażenia przez to publicznego bezpieczeństwa lub publicznéj obyczajności.

2. Wydać każdego czasu chorego niewyleczonego do rąk zgłaszającéj się o to rodziny, lub prawnego zastępcy.

§. 54. Skoro dyrektor poweźmie zamiar wydalenia chorego, powinien oznaczyć termin i o tém zawiadomić: *a)* rodzinę lub prawnego zastępcę; *b)* urząd téj gminy, do któréj chory przynależy; *c)* władzę opiekuńczą lub kuratelarną, jeżeli chory pod taką władzą zostaje: *d)* władzę bezpieczeństwa, jeżeli chorego ze względów policyjnych do zakładu oddała.

§. 55. Wyleczonych pełnoletnich należy wydalić w oznaczonym terminie, bez względu na to, czy się rodzina lub prawny zastępca zgłosili.

Jeżeli strony, zawezwane przez dyrektora, nie zgłaszają się w przeznaczonym terminie po odbiór chorego, służy dyrektorowi prawo odesłać chorego rodzinie, gminie lub władzy bezpieczeństwa, które go do zakładu oddały, wszelako pod troskliwym nadzorem, i to płacącego, na jego własny koszt, lub na koszt rodziny, zaś bezpłatnie leczonego na koszt gminy, do któréj przynależy.

Na żądanie interesowanych (rodziny, opiekuna, kuratora lub gminy) mogą chorzy być odprowadzeni przez służbę zakładu, wszelako tylko za zwrotem kosztów.

§. 56. Przy odbieraniu chorego niewyleczonego winien odbierający złożyć do rąk dyrektora: *a)* przyzwolenie władzy opiekuńczéj lub kuratelarnéj, jeżeli chory pod taką władzą zostaje; *b)* przyzwolenie władzy bezpieczeństwa gminy, w któréj chory mieszkać ma, jeżeli stan zdrowia zagraża publicznemu bezpieczeństwu lub publicznéj obyczajności; *c)* pisemne zobowiązanie się do dalszego pielęgnowania chorego.

§. 57. W razie ucieczki chorego winien dyrektor bezzwłocznie zarządzić potrzebne kroki, w celu przytrzymania zbiegłego i odstawienia go napowrót do zakładu.

W razie ucieczki, jak również przy udzielaniu pozwolenia na czasowe oddalenie się chorego z zakładu, winien dyrektor w przeciągu 24 godzin zawiadomić o tém rodzinę lub prawnego zastępcę a względnie także władzę opiekuńczą lub kuratelarną i właściwą władzę policyjną.

§. 58. O każdym wydaleniu lub wydaniu chorego winien dyrektor zawiadomić trybunał I. instancyi w Krakowie.

IX. Postępowanie ze zmarłymi.

§. 59. O wszystkich przypadkach śmierci zawiadomi zarząd szpitala c. k. Sąd właściwy za pośrednictwem Magistratu, a o śmierci obłąkanego trybunał I. instancyi w Krakowie, tudzież opiekunów i kuratorów, jak niemniéj tę władzę, która chorego, z zastrzeżeniem zwrotu, do zakładu oddała, zaś bezpośrednio c. k. Sąd właściwy, jeżeli po zmarłym pozostały w depozycie zarządu szpitala pieniądze lub kosztowności.

§. 60. Zwłoki zmarłych w szpitalu podlegają obdukcyi. Na żądanie rodziny należy jednak zaniechać obdukcyi, jeżeli koszta leczenia zwrócone zostały.

Jeżeli zachodzi prawem przepisana potrzeba sądowéj lub policyjnéj obdukcyi zwłok, obowiązany jest dyrektor zawiadomić o tém właściwą władzę, najpóźniéj w ciągu 24 godzin.

§. 61. Rodzinie zmarłego służy prawo pogrzebania zwłok własnym kosztem. Jeżeli to nie nastąpi, zwłoki zmarłych będą pogrzebane przez zarząd szpitala, stosownie do klasy w któréj byli pielęgnowani, na koszt funduszu szpitalnego.

X. Postanowienie końcowe.

§. 62. Statut ten wchodzi w życie z dniem 1szym Stycznia 1879 roku.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 5 września. W téj chwili otrzymujemy dwa sprawozdania Wydziału krajowego przedłożyć się mające Sejmowi, który rozpocznie swoje czynności d. 12 bm. Jedno sprawozdanie tyczy się organizacyi szpitali krajowych w Krakowie, drugie zaś budowy domu gospodarskiego przy szpitalu św. Łazarza. W pierwszém Wydział uzasadnia potrzebę osobnego statutu dla szpitali krajowych, zgodnego z obowiązującemi obecnie przepisami państwowemi, uwzględniającego atoli szczegółowe właściwości tych instytucyj. Potrzeba ta jest tém bardziéj naglącą, o ile w skutek ukończenia nowych pawilonów i bliskiego przeniesienia szpitala św. Ducha w bezpośrednie pobliże św. Łazarza wynikną nieuchronne zmiany w administracyi a nawet w etacie urzędników. Tak połączone szpitale krakowskie różnić się będą od szpitala powszechnego we Lwowie o tyle, o ile pierwsze prócz oddziałów dla chorych mieścić w sobie będą i zakład dla obłąkanych, co w statucie krakowskim szczególnego wymaga uwzględnienia. Daléj zachodzi między obydwoma zakładami i ta różnica, że administracyja zakładu lwowskiego pozostaje pod bezpośrednim nadzorem Wydziału krajowego, podczas gdy administracyja zakładu krakowskiego od r. 1873 pozostaje pod osobnym Komitetem administracyjnym; instytucyja ta przez lat kilka okazała się użyteczną i dlatego obecnie stale ma być urządzoną i objętą statutem.

Z powyższego wynika, że statut przedłożyć się mający pod uchwałę Sejmu ma wielką doniosłość dla szpitala naszego; z tego powodu pospieszyliśmy z dosłownêm umieszczeniem onego w rubryce poprzedniéj, aby kolegom, zwłaszcza lekarzom szpitalnym, dać możność wczesnego zapoznania się z takowym, a rozumie się samo przez się, że uwagi kolegów fachowych w interesie dobra publicznego bardzo nam będą na rękę, jeżeli one nas dojdą przed odnośnemi rozprawami w Sejmie.

Do przedłożenia w mowie będącego dołączony jest „Etat posad i płac w krajowym szpitalu św. Łazarza," mający wejść w życie z d. 1 stycznia 1879 r. Przy układaniu etatu Wydział krajowy uznał za rzecz słuszną z r ó w n a ć p ł a c e k r a k o w s k i e z l w o w s k i e m i, skoro stósunki pracy i życia w obu miastach są zupełnie jednakowe, oraz wyrównać stosunkowo liczbę lekarzy urzędników i sług. Skutkiem połączenia obydwóch szpitali ubywa jeden rządca, natomiast liczba lekarzy zostaje powiększoną o j e d n e g o p r y m a r y j u s z a j e d n e g o s e k u n d a r y j u s z a i j e d n e g o p r a k t y k a n t a. Zwiększenie to, którego oddawna z upragnieniem wyglądaliśmy, usprawiedliwia Wydział zwiększeniem się liczby chorych i systemem pawilonowym szpitala krakowskiego; jest ono bardzo skromne, jeżeli się uwzględni, że we Lwowie na 600 chorych jest lekarzy etatowych 20, w Krakowie zaś na 500 chorych będzie zaledwie 16. Służba lekarska składać się więc będzie z dyrektora (z płacą 1600 złr. relutum 400 złr. i dodatek pięcioletni 300 złr.), z 6 prymaryjuszów (między nimi prof. położnictwa; płaca pierwszych wynosić będzie 1200 złr. i 200 złr. dodatku pięcioletniego. ostatniego za pełnienie obowiązków prymaryjusza 650 złr.), z 6 sekundaryjuszów (600 złr. płacy oraz pomieszkanie w szpitalu z opałem i światłem), z 3 asystentów (500 złr.), akuszerki (400 złr. z pomieszkaniem w szpitalu i 40 złr. dodatku 5-letniego), aptekarza (800 złr., na pomieszkanie 200 złr., z dodatkiem 5-letnim 100 złr.), prosektora (800 złr.) i chemika (700 złr.)

Drugie sprawozdanie tyczy się faktu dokonanego, tj. budowy domu gospodarskiego przy szpitalu św. Łazarza. Na cel ten Wydział krajowy potwierdził był plan i kosztorys w wysokości około 84,000 złr. i rozpoczął budowę na własną odpowiedzialność. Oprócz téj sumy fundusz szpitali krakowskich wydał przeszło 300,000 złr. na budowę pawilonów, a z wykazu wynika, że po ukończeniu budowy wszystkich główniejszych gmachów pozostanie szpitalom krakowskim w majątkach wartość minimalna 236,000 złr.

Wspominając naprędce i pobieżnie o tych przedłożeniach, a pomijając nateraz przedłożenia odnoszące się do zakładów lwowskich, wyrażamy nadzieję, że Sejm przedłożenia te rychło weźmie pod obrady, a tymczasem wynurzyć musimy wdzięczność Wydziałowi krajowemu za gorliwe zajęcie się sprawami tyle ważnemi.

* Galicyjskie Towarzystwo pszczelniczo-ogrodnicze odbędzie w dniach 23 i 24 b. m. walne zgromadzenie w Brodach i urządzi równocześnie wystawę pszczelniczą i ogrodniczą. Wydział pszczelniczy obejmować będzie: płody pszczelnicze surowe i przerobione, pszczoły, ule próżne, narzędzia pszczolarskie i przedmioty naukowe; w dziale zaś ogrodniczym reprezentowane będą: część ogólna, sadownictwo, warzywnictwo i ogrodnictwo ozdobowe. Wiadomość tę czerpiemy z *Bartnika postępowego,* jedynego w swoim rodzaju czasopisma w języku polskim wychodzącego we Lwowie od lat 4ech pod redakcyją prof. C i e s i e l s k i e g o,

czasopisma, które gospodarstwu krajowemu rzetelne oddaje usługi.

* Według nadesłanych nam wykazów w Krynicy do d. 24 sierpnia bawiło gości 1799, w Cieplicach czeskich do d. 28 9809, a w Giesshüblu 119.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 34 (od 18—24 sierpnia włącznie) umarło w Krakowie osób 33; męż. 19 i kob. 14; w obwodach osób 22, w szpitalach 11; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 30,6. W tymże czasie umarło z chorób zakaźnych 5 osób, mianowicie 1 z krztuśca, 2 z duru brzusznego, 1 z czerwonki, 1 z ropnicy.

W tygodniu 35 (od 25 — 31 sierpnia włącznie) umarło w Krakowie osób 31; męż. 21 i kob. 10; w obwodach 20 osób i w szpitalach 11; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 28,8. W tymże czasie umarły z chorób zakaźnych 3 osoby, mianowicie: 1 z duru powrotnego, 1 z róży i 1 z czerwonki.

* Donoszą nam z **Krynicy**, iż od otwarcia tegorocznéj pory zdrojowéj, t. j. od 15 Maja do dnia 24 Sierpnia, wydano w tamtejszym Zakładzie kąpieli waniennych I. klasy 5,580, II. klasy 12,571, bezpłatnie dla ubogich 1,083, dla dzieci 202; kąpieli żelazisto-borowinowych dla dorosłych 5,196, dla dzieci 67, na ręce 21; kąpieli nasiadowych 1,385, natryskowych ogólnych 100, igliwiowych 182, gazowych (z gazu węglowego) 6, łaźni parowéj 12, rzecznych 910. Ogółem wydano kąpieli mineralnych 26,405 a rzecznych 910.

* **Warszawa.** Z dziennika warszawskiego „Nowiny“ (Nr. 57 z d. 26 sierpnia r. b.) wyczytaliśmy wiadomość dla nas nową i uderzającą, że klinika okulistyczna w Warszawie już od lat kilku nie istnieje. Nie powtórzyliśmy téj sensacyjnéj nowiny, dopóki na miejscu nie zdołaliśmy sprawdzić całéj jéj prawdziwości. Od lat 3 klinika rzeczona jakoż się ulotniła, a prof. Wolfring podobny jest do owego Hafiza baszy, co się to prezentował jako dowódzca bez armii; niema bowiem ani kliniki stałéj, ani ambulatoryjnéj a ograniczony jest do wykładów teoretycznych. Zaprawdę jestto trudném do uwierzenia a przecież tak jest w istocie, że uczniowie medycyny uniwersytetu warszawskiego pozbawieni są możności „przyjrzenia się podczas swych studyjów choćby jednemu cierpiącemu oku“. Jakkolwiek chorzy na oczy w Warszawie wcale nie są pozbawieni pomocy lekarskiéj, którą znajdują u zdolnych okulistów, za skromném wynagrodzeniem w t. zw. lecznicach, bezpłatnie zaś w Zakładzie oftalmicznym, świetnie urządzonym i pozostającym pod kierunkiem nestora naszego Szokalskiego, to przecież nie jest rzeczą obojętną, że całe pokolenie młodszych lekarzy wyjdzie z uniwersytetu nie kształciwszy się odpowiednio w jednéj z najpiękniejszych a w praktyce na prowincyi najważniejszych gałęzi lekarskich. U nas podobny fakt, to jest zniknięcie z widowni uniwersyteckiéj kliniki, byłby niepodobnym; jakim zaś sposobem stał się możebnym w Warszawie, kilku słowy opowiemy:

Uniwersytet warszawski nie posiada własnego szpitala dla pomieszczenia klinik, a zajmuje w tym celu sale po rozmaitych szpitalach za kontraktami zawartemi ze zwierzchnią władzą szpitali, z Radą dobroczynności publicznéj. W ten sposób urządzone były kliniki przy Akademii lekarskiéj i przy Szkole głównéj i tak je zastał Uniwersytet w r. 1869. Na takich warunkach umieszczona w 4 pawilonie szpitala św. Ducha klinika oczna była czynną do roku 1873. Z powodu zbliżającego się końca kontraktu uniwersytet wyznaczył komisyję, która nowy kontrakt ze szpitalem zawrzeć miała. Rzeczywiście podpisano akt, mocą którego klinjki uniwersyteckie bez ograniczenia terminu znajdować się miały przy szpitalu św. Ducha. Wszakże co do czwartego pawilonu, mieszczącego klinikę oczną, dodano bardzo niewygodną dla kliniki uwagę, a mianowicie: w razie panujących w mieście epidemij Rada Miejska miała prawo zająć czasowo ten pawilon a dla kliniki inne tymczasem w tym samym albo w innym szpitalu obmyśleć pomieszczenie. Odpowiednia sposobność zdarzyła się prędko, bo jeszcze tego samego lata pawilon ten zamieniono na szpital dla cholerycznych. Cholera wszakże ustąpiła, pawilon oczyszczono, ale klinika urzędowo objąć go nie mogła, albowiem kontrakt nowy zastał zakwestyjonowany. Rozpoczęła się żywa korespondencyja między władzą szpitalną a uniwersytetem, a tymczasem klinika oczna ograniczała się do samego tylko ambulatoryjum. Szpital zawiadomił uniwersytet, że do zawarcia nowego kontraktu klinika oczna w szpitalu chorych umieszczać nie może. W ten sposób osiadła klinika na mieliźnie, z któréj się dotychczas wygrzebać nie może. Nastąpił okres korespondencyj, raportów i jeremiad, począwszy od dyrektora kliniki, przez wydział, zarząd uniwersytetu, kuratoryjum do ministerstwa i w odwrotnym kierunku; pomiędzy uniwersytetem a radą miejską do porozumienia i nowego kontraktu jakoś nie przychodziło. Tymczasem klinika oczna musiała wszystkie operacyjne i wszystkie cięższe przypadki odsyłać do miejskich szpitali. A gdy i salę ambulatoryjną zmniejszono, przez co przyjmowanie chorych bardzo niewygodne się stało, klinika ambulatoryjum swoje zamknąć postanowiła i z końcem roku szkolnego 1875/6 zabrawszy penaty swoje, umieściła je w wyznaczonym na to w gmachu uniwersyteckim kąciku; w ten sposób znikł ostatni cień kliniki ocznéj. We wrześniu r. 1876 ministerstwo wezwało uniwersytet warszawski do przedstawienia projektu, któryby położenie klinik polepszył. Między kilkoma najważniejszemi punktami odezwa powyższa uważa przywrócenie kliniki ocznéj za „bezwarunkowo konieczne“. Wydział lekarski w odpowiedzi na powyższy reskrypt bezzwłocznie przygotował memoryjał, w którym wnosi, aby cały szpital Dzieciątka Jezus oddany był pod zarząd uniwersytetu i aby w tym szpitalu umieszczone były wszystkie kliniki z wyjątkiem kliniki chorób wenerycznych i umysłowych, które, jak dotychczas, w specyjalnych szpitalach pozostać mają. Od tego czasu jeszcze podobno ta kwestyja daléj nie postąpiła. Tymczasem tak profesor, jak i asystent a może i nieodzowny w szpitalach warszawskich felczer pobierają regularnie swoją płacę, a uczniowie medycyny obarczeni jak wszędzie wykładami mogą przynajmniéj używać świeżego powietrza w godzinach przeznaczonych na zwiedzanie kliniki chorób ocznych! Spodziewamy się, że teraz gdy sprawa ta piekąca nareszcie poruszoną została w jednym z dzienników warszawskich, Rząd postara się o przywrócenie uniwersytetowi kliniki tyle ważnéj dla uczącéj się młodzieży.

* **Wiedeń.** Wydział administracyjny związku towarzystw lek. austr. udał się był do Ministerstwa spraw wewn. i Wydziałów krajowych z prośbą o zapewnienie posad lekarzom w publicznéj służbie zdrowia pozostającym a do wojska obecnie powołanym. Na podanie to Wydziały krajowe Galicyi, Czech, Styryi, Austryi Górnéj, Morawy i Krainy odpowiedziały, że zgodnie z treścią prośby działać będą na gminy; Wydział zaś krajowy szląski oświadczył, iż właściwie rzeczą jest Rządu postarać się w drodze prawnéj i ustawodawczéj o załatwienie téj kwestyi.

* **Berlin.** Dnia 18. Sierpnia zginął śmiercią gwałtowną przez spadnięcie w przepaść na górze Cevedale pod Bormio we Włoszech Dr. Karol Sachs, asystent przy katedrze fizyologii w Berlinie, młody lekarz, który wsławił się podróżą naukową do Venezueli i pracą o rybach elektrycznych. Towarzysz jego Dr. Jerzy Salomon, asystent prof. Frerichsa, doznał w téj saméj katastrofie ciężkiego złamania kości udowéj i przywieziony został do Berlina.

Prof. chirurgii Busch otwiera w miesiącu bieżącym zakład ortopedyczny w Berlinie (Friedrichstrasse 113).

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Giejza Mihalkovics prof. nadzw. embryjologii w Budapeszcie mianowany profesorem zwyczajnym. — Docent położnictwa w Berlinie Dr. Fasbender mianowany prof. nadzw. — Tajny radca dworu prof. Hasse w Gietyndze przeniesiony w stan spoczynku otrzymał order korony 2iéj klasy.

* **Nekrologija.** W Tuluzie † Dr. Achiles Foville, znakomity psychijatra, licząc lat 79. — W Berlinie † d. 25. Sierpnia Dr. Fr. Graevell, redator pisma znanego dawniéj p. t.: *Graevells Notizen.*

* **Kronika wojenna.** W skutek okupacyi Bośnii i Hercogowiny, która wymaga większych sił, aniżeli się zrazu spodziewano, najcelniejsi lekarze wojskowi, którzy w poprzednich wojnach położyli zasługi już to jako kierujący lazaretami polowemi, jużto jako operatorowie, otrzymali rozkaz udania się bezzwłocznego na pole walki. Do nich należą lekarze sztabowi: Leiden, Gottlieb, Lackner, Opitz, Hoor, Chimani, Derblich, Michaelis, prof. Podrazky, Prokesch, Dickelmann,

Treulich i Tomowitz. W skutek mobilizacyi udało się następnie do Bośnii wielu młodszych lekarzy wiedeńskich, głównie asystentów i sekundaryjuszów szpitala powszechnego, znani z prac swych naukowych Heitler i Schlemmer, Breus, Borysikiewicz, Wölfler, Zuckerkandl, dalej lekarze powiatowi Blumenfeld i Klimesch i wolno praktykujący Paschkis, Scheff, Robiczek, Becker i wielu innych.

Na jakie niebezpieczeństwa narażeni są koledzy nasi w armii służący w obec powstania w Bośnii i Hercogowinie, najlepiéj dowodzi napad powstańców na szpital wojskowy w Banialuce. Przez kilka godzin lekarze z małą liczbą żołnierzy bronili się w budynku szpitalnym przeciw przeważającym siłom powstańców, aż na szczęście napadniętych porucznik artyleryi Röhn z własnego popędu słysząc strzały skierował 4 armaty swoje przeciw napastnikom i rozproszył ich. Smutnym zapewne byłby los i lekarzy i rannych, gdyby zbawca nie był się pojawił w chwili krytycznej. Dzielny porucznik ma otrzymać chlubną dekoracyję, o odznaczeniu zaś lekarzy nic dotąd nie słychać.

Lekarze przybywający do Wiednia z pociągami sanitarnemi z placu boju zgodnie podają, że służba zdrowia w armii okupacyjnéj wzorowo jest urządzoną, a stan zdrowia wojowników jest wybornym.

Redakcyja otrzymała:

Dra A. ROTHEGO (w Warszawie): Torquato Tasso, Eine psychiatrische Studie. Osobne odbicie z „Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 35, 1878, 8ka str. 65.

Dra Stan. MARKIEWICZA (w Soczewce): Assenizacyja miast. Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych. (Osobne odbicie z „Medycyny" 1878), in 8vo m. str. 79 z 9ciu dzreworytami.

Z prac tych zdamy sprawę.

Piśmiennictwo lekarskie. R. VOLKMANN: Sammlung klinischer Vorträge:

Nr. 142—143: C. REYHER: Die antiseptische Wundbehandlung in der Kriegschirurgie str. 56.

Nr. 144—145: F. RIEGEL: Uiber die Bedeutung der Pulsuntersuchung str. 44.

BAER A. der Alkoholismus, seine Verbreit. u. s. Wirkg. auf d. individuellen u. socialen Organismus sowie d. Mittel, ihn zu bekämpfen. gr. 8. Berlin. Hirschwald. M. 16.

BECKER O. Atlas d. patholog. Topographie d. Auges 3 Lfg. M. 12 Taf. Imp. 4 Wien. Braumüller cart. M. 24.

Beiträge zur patholog. Anatomie. Mittheilgn. a. d. patholog.-anatom. Institut d. Univers. Prag, hrsg v. E. Klebs. 1 Hft. gr. 8 Prag. Dominicus M. 2.

DIEULAFOY G. De la thoracentèse par aspiration dans la pleurésie aigue. 8 Paris Masson. Fr. 2.

DITTMAR C. Vorlesungen über Psychiatrie für Studirende u. Aerzte. 1 Abth. gr. 8. Bonn. Strauss M. 4.

FOLIN E. et S. DUPLAY. traite élémentaire de pathologie externe. Tom 1—V. Av. fig. 8 Paris. Masson. Fr. 68.

HERING E. Zur Lehre vom Lichtsinne. 2 unveränd. Aufl. gr. 8. Wien Gerold's Sohn. M. 3.60

HOFMAN K. B. u. R. ULTZMANN. Anleitg. zur Untersuchung d. Harns 2 Aufl. gr. 8 Wien Braumüller M. 4.

HUETER C. Klinik d. Gelenkkrankheiten. 2 umgearb. Aufl. 3 (Schluss) Thl. Mit 45. Holzschn. gr. 8 Leipzig F. C. W. Vogel M. 6.

HYRTL JOS. Lehrbuch d. Anatomie d. Menschen. 14 Aufl. Lex.-8. Wien. Braumüller M. 13. 60.

Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte in d. gesammten Medicin hrsg. v. Virchow u. Hirsch XII. Jahrh. Bericht f. d. Jahr 1877. 2 Bde à 3 Abthgn. Lex.-8 Berlin. Hirschwald. M. 37.

KNAPP. Untersuchgn. üb. Cretinismus in einigen Theilen Steiermarks. gr. 8. Graz. Leuschner u. Lubensky. M. 1.60.

KORNFELD HERM. Üb. den Sitz der Geistesstörungen beim Menschen u. bei den Thieren. Nebst e. Anh.: Hamlet zur Auffassg. der Psychosen nach Shakespeare. gr. 8 Berlin. Enslin M. 60.

LINSTOW O. v. Compendium der Helminthologie. 8 Hannover. Hahn M. 8.

MARTIN'S E. Hand-Atlas der Gynäkologie u. Geburtshülfe, hrsg. v. A. Martin 2. umgearb. Aufl. M. 94 z. Theil. color. Taf. 4. Berlin. A. Hirschwald. M. 20.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. L. we Wiedniu: Artykuł cały otrzymaliśmy. — **Dr. W. w Poznaniu:** Życzeniu szan. kolegi stało się zadosyć.

Redaktor Przeglądu Lek. już powrócił i objął swe czynności.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 14 września 1878. № 37. Rok XVII.

I. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski,**
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

7) Wąglik czyli zaraza śledzionowa.

Jestto choroba, która jak dowiedziono, polega na rozwijaniu się nadzwyczajnéj ilości zarodków grzybkowych we krwi zwierząt i ludzi. Grzybek ten czyli zaczyn nazwano *„bacillus anthracis,“* a należy on według klasyfikacyi botanika Cohna Ferd. we Wrocławiu do rodziny prątków *(bacterium)*, zbliżony jest do zaczynu kwasu masłowego *(ferment butyrique Pasteur)*, od którego optycznie odróżnić się nie daje. Rozwój nauki o grzybkach wąglika rozpoczyna się dopiero od r. 1850, a właściwie od 10 lat. Pollender i Branell niezawiśle od siebie pierwsi spostrzegli te prątki we krwi zwierząt zarazą śledzionową dotkniętych, nie przypisywali im jednak znaczenia głównego i wyłącznéj zaraźliwości, dopiero Davaine orzekł, że krew bez tych prątków nie jest zaraźliwa, że stanowią więc one właściwy zarazek karbunkułu.

Dr. Koch badał te prątki w płynie szklanym oka wołowego, w którym one dobrze się udają. Gdy dodał do tegoż odrobinę krwi zarażonéj, wnet spostrzegł że rozwijają się w jego oczach te pałeczki. Po 3 lub 4 godzinach były już 20 razy dłuższe, przytém pokrywały się plamkami okrągłemi, które nie są niczém inném jak nowemi zarodkami *(Sporen)* tych grzybków.

Bollinger wykrył, że krew taka, która z zarażonych zwierząt pochodziła, a na pozór prątek nie zawierała, przecież zawierała zarodki tychże tj. tak zwane prątki kuliste *(Kugel-Bacterien)*, co tłumaczy, dlaczego niekiedy nie znachodzili badacze wyraźnych prątek we krwi karbunkułem zarażonych. Masy podobnych prątków znajdują się w karbunkule samym i w różnych wąglikiem zajętych tkaninach.

Umieszczenie rurki z krwią zarażoną w kipiącéj wodzie niszczy zaraźliwość krwi zupełnie, natomiast krew zasuszona jeszcze i po latach nie traci zaraźliwości.

Pasteur a po nim Hoffmann i Cohn dowiedli, że niezbędnym warunkiem życia tak tych jak i wszelkich bakteryj jest tlen, który one jużto z powietrza, jużto w braku tegoż z otaczających materyj chciwie pochłaniają, a Bollinger idąc w tym kierunku jeszcze daléj, twierdzi, iż pochłanianie to bywa tak szybkie przy nagłym wzroście prątków, (Davaine podaje, iż w jednéj kropli krwi kilka milijonów prątków znachodzić się może), że wywołuje zatrucie CO_2 i to czasem w parę godzin po zarażeniu śmiercią się kończące (w formie tak zwanéj udarowéj albo gromowéj); ztąd tłumaczą się zjawiska pośmiertne podobne jak przy uduszeniu: sinica, krew mazista, ciemna, przekrwienie wewnętrznych narządów itd.

Prątki te są to proste lub lekko zakrzywione, pałeczkowate lub cylindryczne pręciki, blade, nieruchome, nigdy nie rozgałęziające się, długości 7—12 milim. szerokości nie dającéj się zmierzyć. Prócz tych znajdują się jeszcze we krwi zarażonéj kuliste 2—5 mil. średnicy mające prątki i formy przechodowe od podłużnych.

W ostatnich czasach ciekawe doświadczenia nad zakażeniem wąglikowém i chorobą szmaciarską robił prof. Frisch we Wiedniu *(W. med. Woch.* 1878 Nr. 3—5). Wyniku poszukiwań jego nie powtarzamy, ponieważ takowy podany został w Przegl. Lek. z rb. (Nr. 6).

8) Nosacizna *(Malleus)* u zwierząt i ludzi.

Obecnie nie ulega wątpliwości, że nosacizna jest chorobą zakaźną, a samoistne jéj powstanie nigdzie dostatecznie udowodnioném nie zostało (Bollinger-Ziemssen tom III, II str. 402—410 itd.) Ludziom udziela się tylko przez zarażenie od koni lub innych zwierząt domowych prócz wołów i krów. Jad nosacizny znajduje się w produktach chorobowych; w wydzielinie nosa, w guzach i wrzodach koni nosatych, daléj w wydzielinach naturalnych, jakoto we łzach, w ślinie, pocie, moczu, mleku, nareszcie i we krwi. Grzybki odkrył w wydzielinie koni nosatych B. Langenbeck, jednak grzybki takie

zwane *puccinia* znajdują się i w wydzielinie koni zdrowych i pochodzą z obroku. W nowszych czasach Christot i Kiener, (*Comptes rendus* LXVII, 21, 1868), Hallier (*Bayer. Aerztl. Intelligenzbl.* 1868 Nr. 25), Zürn (*Zoopathol. Untersuch.* 1872 str. 36), Rindfleisch (*Lehrbuch der patholog. Gewebelehre* 1871 str. 204) opisywali prątki (*micrococci i microbacteria*), które znachodzili już to we krwi, już to w ropie pochodzącéj z ropni i wrzodów koni nosatych. Bollinger jednakże mimo najstaranniejszych poszukiwań tworów takich wykryć nie mógł.

9. Odra (*Morbilli*).

W plwocinach i we krwi odrawych znalazł botanik jenajski Hallier małe bezbarwne zaczynniki (*cocci*) z ogoniastém zakończeniem. Coze i Feltz znaleźli we krwi i śluzie z nosa prątki bardzo delikatne i ruchliwe. Krew z miejsc w wysypkę najwięcéj obfitujących najwięcéj téż obfitowała w prątki. Inni badacze jednakże tworów tych nie znachodzili. Natomiast szczepienia krwią, śluzem z nosa, limfą z wysepek, łzami odrowych, któremi szczepieniami szczególnie Mayer się zajmował, bywały po większéj części skutkiem dodatnim uwieńczone, na dowód, że zarazek tkwi w tych cieczach ustrojowych. Że Thomas rozpoznał jako punkta wyjścia wielu plam odrowych ujścia gruczołów łojowych, wspomnieliśmy już powyżéj.

10. Płonica (*Scarlatina*).

We krwi chorych na płonicę znalazł Hallier w wielkiéj ilości grzybek „zaczynnik“ (*micrococcus*), i to pojedynczo albo w kolonijach łańcuszkowatych na powierzchni lub wśród ciałek krwi.

Riess znalazł we krwi umierającego z płonicy dziecka w surowicy pomiędzy grupami ciałek krwi mnóstwo drobnych ciałek, które przy 500 razowém powiększeniu zaledwie widzialne były jako ruchliwe punkciki; także i twory pręcikowe były widzialne, które z pierwszych zdawały się być złożone. Odrobiną téj krwi zaszczepione króliki ginęły w 24 godzinach a w ich krwi podobne drobne ciałka znaleziono i ta krew zaszczepiona podobny wywarła skutek.

Także Coze i Feltz 66 królików zaszczepili krwią chorych płonicznych, z tych 62 zginęło w ciągu 18 godzin do 14 dni wśród objawów podwyższonéj ciepłoty, biegunki, wychudnienia, a 4 tylko chorobę przetrwały. Ciałka krwi ich okazywały dążność do zlepiania się i brzegi miały ząbkowate.

11. Ospa.

Ferd. Cohn znajdował stale tak w krowiance jak i w limfie pochodzącéj czyto z ospicy szczepionéj, czy téż z krost prawdziwéj ospy, nadzwyczajnie drobne ciałka (0·001 m.), słabo światło łamiące, kuliste, okazujące ruch molekularny. W jednostajnéj 35° C. wynoszącéj ciepłocie mnożyły się przez rozszczepianie i tworzyły wtedy małe łańcuszki i kupki, które w świeżéj limfie nie dają się widzieć ponieważ prąd soków ciągle je rozrywa. Cohn nazywa je „microsphaera“ (prątki kuliste) i zalicza je do rodziny grzybków rozszczepnych (*schizomycetes*) do grona „bacteriaceae.“

Przed Cohnem znachodzili i opisali je już Keber, Klebs, Erismann, Weigert. Zuelzer kładzie nacisk na to, że znajdują się one szczególniéj w ścianach naczyń skórnych, zatykając naczyńka dają powód do formy ospy krwotokowéj (czarna ospa); gromadzą się także w tętniczkach nerkowych, a zatykając je wywołują krwotoki nerkowe i zapalenia nerek.

Te zaczyny czyli prątki ospowe uważają nowsi patologowie za przenośniki ospowego jadu, jednakże nie można tego jeszcze uważać za pewnik zupełnie dowiedziony. (Curschmann, Variola w dziele Ziemssena II, I, 2 str. 356).

Z grzybkowéj przyrody ospy wytłumaczyćby można zajmujący szczegół terapeutyczny, który Dr. Schwimmer, docent w Budapeszcie, tamtejszemu towarzystwu lekarskiemu w tych czasach przedstawił. Chorym dotkniętym ospą zlewającą się, a więc w przypadkach ciężkich, przykładał maść karbolową na twarz i to w ten sposób, iż przysposobił najpierw maskę z płótna z otworami na usta, nos i oczy, maskę powlókł grubą warstwą pasty Listra (acid. carbol 10:80, olei oliv. c. s. q. cretae albae ut f. pasta) i przylepił ile możności do twarzy, a na górne powieki dodawał jeszcze osobne skrawki, aby dokładniéj przylegały. Opatrunek ten zmieniano co 12 godzin przez dni 5—12, a na życzenie chorych i dłużéj aż do zupełnego złuszczenia. Skutek był taki, że jeżeli zaraz z początku zastósowano maść, to na twarzy nie przychodziło do głębszego ropienia, a i przy późniejszém zastósowaniu krosty prędzéj zasychały. W każdym razie pozostały tylko znaki czerwone w miejscu osutki bez dołków (dziubów) a i te znaki po dwóch tygodniach przybierały naturalną barwę cielistą. Wpływ na cierpienie ogólne był także kojący. (*Wiener mediz. Woch.* 1878 Nr. 13). Hebra, Weigert, Curschmann największe zmiany ospowe znachodzili w gruczołach łojowych, potnych i torebkach włosowych, w których Weigert znalazł komórki podobne do rozpadających się komórek w błonicy (*diphtheroide Zellendegeneration*).

12. Dur wysypkowy.

Coze, Feltz i Davaine szczepili zwierzęta odrobiną krwi braną z osób chorych na dur wysypkowy i wywoływali tym sposobem u nich zaraźliwą i śmiertelną chorobę gorączkową, podobną do duru u ludzi, a w ich krwi i innych organach znajdowali mnóstwo prątków. Lebert jednakże przez najsilniejsze soczewki immersyjne we krwi durowych żadnych tworów grzybkowych wykryć nie był w stanie.

b) choroby zaraźliwe przez bezpośrednie zetknięcie.

13. Wiewiór czyli ropotok zaraźliwy części płciowych i ócz.

Salisbury i w téj chorobie w wydzielinie ropiastéj znajdował drobnowidowe twory grzybkowate; na spostrzeżenia jednak tego badacza nie zupełnie spuścić się można.

Lebert przez najsilniejsze soczewki nie mógł w wydzielinie wiewiórowéj nic takiego dostrzedz, coby anatomicznie wydzielinę tę od innych wydzielin nieżytowych odróżniało. Ciałka śluzu i ropy są tu i tam głównemi przedmiotami morfologicznemi. Mimoto Lebert stanowczo sprzeciwia się tym lekarzom, którzy wiewiór za spotęgowany nieżyt części płciowych uważają, i twierdzi, iż wiewiór (*venerismus pyorrhoicus*) polega bez wątpienia na dostaniu się swoistego jadu zaraźliwego wiewiórowego do części płciowych lub do ócz, który to jad do wydzieliny ropiastéj jest przyczepiony, może być natury grzybkowéj (*etwaige, mycetische Keime*), lecz ani chemicznie, ani morfologicznie dotychczas odróżnić się nie dał.

Przemawia za tém istnienie okresu wylęgania (*stadium incubationis*), zazwyczaj kilka dni trwającego, szerzenie się choroby na przestrzeni błony śluzowéj w nieprzerwalnym związku (*per continuitatem*) jak przy róży; zaraźliwość, wreszcie wydarzające się niekiedy zapalenia stawów wiewiórowe (*arthritis gonorrhoica*), których istnienie zaprzeczyć się nie da. (Lebert w Ziemssenie IX, II, str. 296).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie z roku 1877.

Skreślił Dr. **Maciéj Leon Jakubowski,**
Profesor kliniki pedijatrycznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

B) Co do miejsca zamieszkania było przyjętych:

Z miasta Krakowa	388	= 61·8%
Ze wsi i miast okolicznych	212	= 34·0%
Z zakładu sierót św. Łazarza	27	= 4·2 %
Razem . . .	627	

C) Co do wyznania:

Chrześcijan (głównie katolików)	575
Dzieci izraelickich	52

Ostatnie przybywały przeważnie z odleglejszych miasteczek galicyjskich z zastarzałemi chorobami, lub nieuleczalnemi kalectwami.

Z ogólnéj liczby chorych 684 (tj. 627 przyjętych w ciągu roku i 57 pozostałych z r. 1876) przebyło leczenie 631 dzieci a z dniem 1 stycznia 1878 r. pozostało w szpitalu 53.

Na 631 chorych wynik leczenia był następujący:

Opuściło szpital wyleczonych	400	= 63·39%
Opuściło szpital z polepszeniem	53	= 8·30%
Zmarło	178	= 28·20%

Sprawozdanie szczegółowe.

I. Pogląd na ogólny stan dzieci leczonych w szpitalu.

W dniu przyjęcia w historyi chorobowéj zapisuje się obok ciężaru i długości ciała także stopień odżywienia każdego dziecka. Oznaczenie skali odżywienia od dobrego aż do złego jest rzeczą bardzo względną, gdyż możnaby tutaj wprowadzić liczne stopniowania. Unikając zbyt zawiłego podziału wyróżniam cztery tylko stopnie odżywienia: 1. dobre, przy jędrném utkaniu mięśniowém i obfitéj podściółce tłuszczowéj, 2. dosyć dobre, obok mięśni dostatecznie rozwiniętych przy ubogiéj podściółce tłuszczowéj, 3. mierne, przy niedokrewności, wiotkich mięśniach i bardzo skąpéj podściółce tłuszczowéj, 4. złe w znacznéj niedokrewności, obok wychudnienia.

Na 684 chorych zanotowano stan odżywienia u 575. Z liczby téj okazało się:

Dobrze odżywionych	141	= 24·52%
Dosyć dobrze	54	= 9·37%
Miernie	198	= 34·43%
Źle	182	= 31·67%

Łącząc dobrze i dosyć dobrze odżywionych otrzymujemy 33·89%, podczas gdy liczba miernie i źle odżywionych daje 66·11%, tj. dwa razy więcéj. Zestawienie powyższe rzuca nam światło na niekorzystny ogólny stan zdrowia i rozwój sił fizycznych dzieci uboższéj klasy ludności, a zarazem jest wskazówką wyjaśniającą niekorzystne przebiegi chorób i większy procent śmiertelności, gdyż wątpić nie można, że dzieci dobrze odżywione łatwiéj przebywają choroby, niż wynędzniałe i wyniszczone.

II. Pogląd na zboczenia w odżywieniu i charłactwa.

Również niekorzystne światło na ogólny stan zdrowia dzieci w mieście naszém rzuca zestawienie procentowe, uwzględniające zboczenia w odżywieniu, wywołane charłactwami. Na 631 chorych było dzieci dobrze rozwiniętych bez żadnych oznak jakiegobądź charłactwa tylko 232=36·76%.

Z rozwiniętemi oznakami charłactwa 399=63·24%
a w szczególności:

Z charłactwem zimniczém	178
„ zołzowém i gruźliczém	109
„ krzywiczém	27
„ kilowém	2
Z charłactwami powikłanemi:	
Zimnicy z zołzami	48
Krzywicy z zołzami	16
Zimnicy z krzywicą	8
Zimnicy z krzywicą i zołzami . .	11

W porównaniu ze szpitalami dzieci innych miast zakład św. Ludwika przedstawia stosunkowo znaczniejszą liczbę dzieci wyniszczonych charłactwem.

Ze sprawozdań szpitali wiedeńskich dowiadujemy się o liczném pojawieniu się między dziećmi gruźlicy i zołzów z najrozmaitszemi powikłaniami, powstającemi na tle tych chorób; szpital pragski wykazuje znaczny zastęp dzieci dotkniętych krzywicą, a odsetek zołzowych i gruźlicowych jest nieco mniejszy niż w Wiedniu. W krakowskim szpitalu dzieci charłactwo zimnicze na pierwszym stoi planie, a liczba dotkniętych niém dzieci jest tak wielką, że w połączeniu z mniéj licznemi przypadkami charłactw na tle gruźlicy, zołzów i krzywicy, przedstawia nam bardzo wysoką cyfrę ogólną 399 na 684 (63·24%) t. j. $^2/_3$ części wszystkich chorych leczonych w szpitalu.

A) Charłactwo zimnicze. Z rozwiniętemi oznakami charłactwa zimniczego, jakoto z długotrwałym obrzękiem śledziony, obok niedokrewności i ziemistéj cery, spotkaliśmy się, jak to już wyżéj podałem, 178 razy. Dołączając do liczby téj 48 chorych z charłactwem zimniczém obok zołzów, 8 w powikłaniu z krzywicą a 11 w połączeniu z krzywicą i zołzami, było razem dzieci zimnicą wyniszczonych 245, t. j. w stosunku do chorych w ciągu roku przyjętych (631), 38·8%, a względnie do ogólnéj liczby chorych z charłactwami (399) 61·3%.

Ostatnia cyfra procentowa jest nawymowniejszą wskazówką, że miejscowe szkodliwe wpływy, sprzyjające zarówno u osób dorosłych jak dzieci powstawaniu zimnicy, sprowadzają u ostatnich w krótkim czasie charłactwo, podkopujące zdrowie już w pierwszych latach życia i usposabiające do różnych chorób zapalnych, przebiegających zwykle uporczywie, a częstokroć kończących się śmiercią. Gdyby nie charłactwo zimnicze, to liczba powstałych cierpień ogólnych wywołujących zboczenia w odżywieniu (charłactwa na tle gruźliczém i zołzowém) nie są zbyt liczne a okolica nasza policzoną by być mogła do korzystniejszych względnie rozwijania się organizmu w wieku dziecięcym. Z powyższéj tak wielkiéj liczby (245) dzieci charłactwem zimniczém dotkniętych spostrzegano tylko u 94 uporczywe, często powtarzające się napady zimniczne, dla usunięcia których chorzy szukali pomocy w szpitalu, u reszty (151) spostrzegano rozmaite powikłania, lub przypadkowe inne choroby obok mniéj lub więcéj rozwiniętego charłactwa zimniczego. Z ważniejszych powikłań uważano: Zapalenie płuc 18 razy (na 50 przypadków téj choroby). Zapalenie opłucnéj 3 razy (na 5 przypadków). Puchlinę ogólną obok zwyrodnienia śledziony i wątroby, 21 razy i dziegnę (*Stomacace*) 29 razy i to 18

razy z przebiegiem łagodnym, 7 razy w połączeniu z martwiną szczęk, 4 razy z rozległą zgorzelą policzka.

Z podanych cyfer okazuje się, że szpital św. Ludwika przedstawia obfity materyjał do czynienia spostrzeżeń nad zimnicą, jéj przebiegiem i powikłaniami wydarzającemi się w wieku dziecięcym.

Przy leczeniu charłactwa pozimniczego częściowo tylko posługiwałem się chininem, jako przetworem obecnie niesłychanie drogim, a w zastępstwie używałem jużto nastoju *eucalypti globuli*, już téż rozcieku arsenikalnego Fowlera. Chociaż wyniki spostrzeżeń poczynionych przy stósowaniu tych przetworów zdaniem mém wymagają szczegółowego sprawozdania, przecież na tém miejscu wspomnę pokrótce o wynikach osiągniętych w bieżącym roku.

Nastoju *eucalypti globuli* używałem u 35 dzieci, i to 16 razy przeciw charłactwu zimniczemu, 19 razy w celu usunięcia świeżo występujących napadów zimnicy, podając środek ten czysty, bez żadnych domieszek, stósownie do wieku dzieci od 3 do 5 gramów, 2 do 3 razy dziennie. Po użyciu nie dostrzegałem żadnych przypadłości ze strony narządu pokarmowego (nudności, wymiotów, morzyska lub biegunki) z wyjątkiem u trojga dzieci bardzo młodych w pierwszym roku życia.

W 19 przypadkach charłactwa obok napadów zimniczych podawałem nastój *eucalypti* przez 10 do 15 dni; w 8 tylko razach napady zimnicze ustąpiły, w 11 po dwutygodniowém stósowaniu środka napady bywały wprawdzie nieco słabsze, lecz trwając ciągle zmusiły mnie do używania chininu.

W 16 przypadkach charłactwa zimniczego podawałem oprócz pożywnéj dyjety mięsnéj nastój po 5 gram. trzy razy dziennie przez 20—40 dni, tak że kilku chorych wyżyło ogółem po 500 gramów przetworu. Wśród tak długiego leczenia w większéj liczbie przypadków nie zauważano żadnych skutków, tylko u 5 chorych obrzmienie śledziony widocznie się zmniejszyło, obok przybytku ciężaru ciała i pewnego polepszenia w odżywieniu. Opierając się na powyższych spostrzeżeniach przychodzę do następujących wniosków:

1o Nastój *eucalypti* w ilości od 5 do 15 gramów dziennie podawany nawet przez czas dłuższy dzieci znoszą dobrze bez przypadłości ze strony narządu pokarmowego, utrudniających podawanie środka tylko u dzieci w 1szym roku życia.

2o Przeciw napadom zimniczym działa niekiedy skutecznie, ale dopiéro po dłuższém używaniu (od 8—12 dni).

3o W charłactwie zimniczém, nawet po dłuższém podawaniu (40 dni) skutki bywają małe, z czego wynika, że nastój *eucalypti* przetworów chininu zastąpić nie zdoła i zapewne nie utrzyma się długo w praktyce lekarskiéj podobnie jak inne surogata przeciwzimnicze.

Rozcieku arsenikalnego Fowlera używałem u 43 chorych — 5 razy tylko przeciw napadom zimniczym — 38 w charłactwie bez napadów. U dzieci w 1szym a nawet 2gim roku życia po kilkudniowém używaniu środka zwykle pojawiała się biegunka, a gdy u sześciu dzieci z rzędu stale przypadłość ta występowała, zaniechałem podawania rozcieku u drobnéj dziatwy. U dzieci starszych (od 3 do 12 lat) niekiedy tylko uważałem biegunkę, lecz zwykle ustępowała, gdy do rozcieku Fowlerowskiego dodawałem po kilka kropli nastoju makowego zwykłego, a jeśli i tak przyrządzona mięszanka przypadłości nie znosiła, to kilkudniowa przerwa w lekowaniu zwykle okazywała się skuteczną. — Oprócz biegunki nie zbyt obfitéj i bez boleści — nawet przy dłuższém używaniu środka — innych przypadłości nie uważałem. Rozciek Fowlerowski podawałem 3 razy dziennie po 1—3 kropli, tak że na dobę stopniowo chory używał od 3—10 kropli. W pięciu przypadkach świeżéj zimnicy rozciek Fowlerowski używany przez 8 dni nie znosił napadów, a niechcąc chorych narażać na dalsze rozwijanie się choroby, przyznam się straciłem cierpliwość i przechodziłem do chininu, po którym zwykle w 2gim lub trzecim dniu napady ustawały. W 38 przypadkach charłactwa zimniczego podawałem rozciek Fowlerowski w dawkach od 3—10 kropli na dobę przez 20—46 dni bez przerwy. W ten sposób kilku chorych wyżyło po 320 kropli a większa część w przecięciu dochodziła do 250 kropli.

Przy powyższém leczeniu 9 razy tylko nie widziałem żadnego polepszenia, u 29 chorych widocznie i niezaprzeczenie występowały korzystne skutki zadawanego przetworu. Już w 2gim lub 3cim tygodniu leczenia stwierdzałem zmniejszanie się wielkich nawet obrzęków śledziony o kilka centimetrów, cera poprzód ziemista i blada stopniowo ustępowała miejsca cerze zdrowszéj różowawéj, podściółki tłuszczowéj widocznie przybywało przy stałém stopniowém wznoszeniu się ciężaru ciała; wreszcie dzieci wprzód ociężałe i przygnębione okazywały więcéj żywości, swobody ruchów i rozbudzenia umysłowego. Ciężar ciała oznaczany co 10 dni w większéj liczbie przypadków okazywał stały przybytek w pierwszych tygodniach o 0·30—0·50 kl., w następnych o 0·01 — 0·25 kl. W ciągu sześciotygodniowego leczenia u trojga dzieci w wieku od 5—10 lat stwierdzono przybytek ciała o kilo, u reszty przybywało na ciężarze od 0·40 do 1 k. Z chorych używających z dobrym skutkiem rozcieku Fowlerowskiego żaden jeszcze nie wrócił powtórnie do szpitala ze świeżemi napadami zimnicy; wprawdzie dopiero piąty upływa miesiąc, jak pierwsze dzieci w ten sposób leczone z zakładu wypuszczone zostały.

Opierając się na dotychczasowych spostrzeżeniach przyszedłem do przekonania, że rozciek Fowlera w charłactwie zimniczém uważać należy za środek skuteczny, jako wpływający korzystnie na sprawę odżywczą. Ograniczając się teraz do téj krótkiéj wzmianki, używać będę daléj tego przetworu, a przeprowadziwszy większą liczbę doświadczeń nie omieszkam poczynione spostrzeżenia w osobném ogłosić sprawozdaniu.

B. Charłactwo gruźlicze i zołzowe.

Dwa te zboczenia w odżywieniu, zostające u dzieci w pewném powinowactwie z powodu przeważnéj siedziby ich zmian anatomicznych, przedstawiały liczebnie obraz następujący:

Gruźlicy i zołzów przypadków . . .	109
Zołzów obok zimnicy „ . . .	48
Zołzów obok krzywicy „ . . .	16
Zołzów obok krzywicy i zimnicy . .	11
Razem	184

czyli w stosunku do wszystkich chorych (684) 27%, a w stosunku do dzieci nawiedzonych charłactwami (399) 45·8%.

Z powyższéj liczby było:

Zapaleń gruźliczych opon mózgowych	6
Ostréj gruźlicy płuc	12
Przewlekłéj gruźlicy gruczołów oskrzelowych obok nacieków w ościennym miąższu płuc	34

Przerostu gruczołów kreskowych z następowem wyniszczeniem 15
Zapalenia i ropienia sustawów (łokciowego 1, biodrowego 5, kolanowego 1, skokowego 2) . . . .
Zapaleń i zropień okostny i kości [członków palcowych *(spina ventosa)* 4, kręgów piersiowych 4, kości skalistéj 2, kości mostkowéj 1, kości goleniowéj 2] 13
Zapalenia gruczołów z następowém ropieniem *(Adenitis suppurativa)* 9
Przerostu gruczołów zewnętrznych przeważnie podszczękowych i karkowych 86

Z ostatniéj zwykléj postaci zołzów było tylko 22 przypadków bez żadnych powikłań — w pozostałych (64) spostrzegano: uporczywą wysypkę wypryskową, najczęściéj na skórze czaszkowéj, po za uszami, w okolicy skrzydeł nosowych i wargi górnéj, nieco rzadziéj w fałdach podpachowych, pachwinowych i kolanowych 24 razy. Innych postaci osutek skórnych na tle zołzowém 19. Pryszczykowego zapalenia rogówek 18. Otoków usznych 3.

Wyszczególniony poczet (184) gruźliczych i zołzowych składały głównie dzieci miejskie. Ze wsi okolicznych do grupy téj przyczyniły się tylko dzieci dziesięcioma przypadkami przerostu gruczołów kreskowych, trzema wysypki wypryskowej i sześcioma pryszczykowego zapalenia rogówek, — to jest miejskich dzieci było 165 — a wieśniaków ¡19. Opierając na powyższych cyfrach obliczenie procentowe widzimy: że na 415 dzieci przyjętych z miasta Krakowa i zakładu sierót ś. Łazarza było zołzowych i gruźliczych 165 = 40%, a na 212 dzieci wieśniaczych tylko 19 = 8·9%.

Zestawionem obliczeniem stwierdzamy znane od dawna w pedyjatryi prawidło przyczynowe, że gruźlica i zołzy o wiele częściéj nawiedzają dzieci urodzone i wychowujące się w miastach, niż wiejskie. U ostatnich częstszą postacią bywa przerost i zwyrodnienie gruczołów kreskowych z następowém ogólnem wyniszczeniem, powstającém zwykle skutkiem niestosownego karmienia dzieci w pierwszych latach życia, zaraz po odstawieniu od piersi.

Wszyscy chorzy z ostrą gruźlicą płuc (12) i błon mózgowych (6) przyczynili się do zwiększenia śmiertelności; — dzieci z przerostami gruczołów, jako też z powikłaniami na błonach śluzowych i skórze, przeważnie po dłuższém do kilku miesięcy trwającém leczeniu, opuszczały zakład ze znacznem polepszeniem.

Z kilkunastu przypadków (22) zapalenia i ropienia stawów i kości, obok ogólnego i miejscowego leczenia, u sześciu chorych wykonał prof. Bryk rękoczyny chirurgiczne: 4 wypiłowania (1 w stawie łokciowym, 1 w kolanowym, 2 w skokowym) i 2 wyskrobywania martwinowych cząstek kości goleniowych. Wyniki były następujące: Chory po wycięciu w stawie łokciowym wyszedł w kilka miesięcy ze znacznem polepszeniem, — przypadek wypiłowania w stawie kolanowym zakończył się śmiercią w skutek gruźlicy szczytów płuc, — u jednego chłopca po wyłuszczeniu częściowém martwinowych kości w stanie skokowym nastąpiło niezupełne zabliźnienie, u drugiego w kilka miesięcy później dokonano amputacyi stopy na oddziale chirurgicznym szpitala ś. Łazarza. — Wreszcie jeden chory po wyskrobaniu martwinowych cząstek kości goleniowéj zupełnie zdrów opuścił zakład i to w sześć tygodni po wykonanym rękoczynie; drugi dostawszy odry wkrótce po operacyi uległ nieszczęśliwemu losowi, gdyż rany bujną pokrywające się ziarniną przeszły w rozpad zgorzelinowy i ropnica sprowadziłaś mierć

C. Charłactwo z Krzywicy.

Obok 27miu przypadków saméj krzywicy widziano jeszcze rozwinięte oznaki téj choroby, w zimnicy 8, zołzach 16, zołzach i zimnicy 11, ogółem 62 razy na 684 dzieci = 9%. Zaiste nie wielki odsetek téj licznie spostrzeganéj choroby w szpitalach miast większych n. p. w Wiedniu i Pradze. Najwięcéj dzieci z krzywicą — jak się to zwykle przydarza — było między pierwszym a trzecim rokiem życia

D. Z charłactwem kilowém znajdowały się tylko dwa niemowlęta, a wspominając o nich mimochodem dodać muszę, że zostawały tylko w szpitalu chwilowo przez niewłaściwe zakwalifikowanie, gdyż chore dzieci téj kategoryi podobnie jak osoby dorosłe, przyjmowane i leczone bywają w szpitalu ś. Ducha.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Antoni Jurasz: **Laryngoskopija, ozdobiona 43 drzeworytami.** Kraków, 1878, stronnic 80. (Wydanie Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie.)

Z prawdziwą przyjemnością witamy pierwszą oryginalną laryngoskopiję napisaną w języku polskim, dziełko to bowiem stanowi zarazem zbawienny zwrot w działalności stowarzyszenia mającego na celu wzbogacenie literatury ojczystéj w zakresie nauk lekarskich. Zdaniem bowiem naszém pomyślny rozwój wspomnianego stowarzyszenia zawisł właśnie od wydawnictwa cennych dzieł oryginalnych, nie zaś od tłumaczeń choćby najlepszych podręczników niemieckich, te bowiem corocznie niemal ukazują się w wydaniach nowych, jak n. p. znakomite dzieło Guttmanna, obniżając skutkiem tego wartość tłumaczeń, a wreszcie przy uwzględnieniu naszych stosunków nie mogą liczyć na szerszy pokup, gdyż znajomość powszechna języka niemieckiego stoi temuż na zawadzie.

Co do wydania cennego dziełka traktującego w sposób jasny i loiczny o badaniu wziernikowém krtani, to usiłowania na tém polu tak stowarzyszenia, jak i autora znanego u nas i za granicą z pięknych i gruntownych prac literackich musimy tylko pochwalić, dziełko to bowiem napisane gładko i przystępnie nadaje się bardzo jako podręcznik dla naszéj zwłaszcza młodzieży lekarskiéj do studyjum samodzielnego i popiera usiłowania jéj w tym zakresie dyjagnostyki lekarskiéj, w którym jak dotąd, postępy własnéj tylko zawdzięczać można pracy.

Przed laty siedmiu ukazała się wprawdzie również laryngoskopija i rynoskopija w Warszawie, jako dzieło należące do biblioteki umiejętności lekarskich i opracowane przez Dra Bronisława Taczanowskiego, podręcznik ten jednak obejmujący 52 stronnic był tylko raczéj tłumaczeniem dzieł Tobolda (Berlin 1869) i prof. Türcka (Wiedeń 1866) i nie może zgoła się pochlubić temi znamionami oryginalności i wytrawnego specyjalizmu popartego kilkoletnią praktyką w zakresie dyjagnostyki chorób krtaniowych, czém właśnie omawiane dziełko Jurasza odznacza się w wysokim stopniu.

Równocześnie zaś z laryngoskopiją naszego rodaka pojawił się podręcznik podobny, napisany przez znanego laryn-

gologa wiedeńskiego Schnitzlera, stanowiąc lipcowy zeszyt Kliniki wiedeńskiéj (Ueber Laryngoskopie und Rhinoskopie und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis I. Theil, 1878, stronnic 39), jednakowóż dziełko Jurasza przewyższa je o wiele tak pod względem racyjonalnego i sumiennego przedstawienia rzeczy, jakoteż troskliwego opracowania drobnych nawet szczegółów, skutkiem czego pracę tę nietylko czyta się łatwo i przyjemnie, ale nosi ona na sobie wybitne cechy oryginalności i znamionuje wytrawnego pisarza i nauczyciela klinicznego. Podręcznik Schnitzlera przedstawia laryngoskopiję w głównych zarysach i służy raczéj do przypomnienia niektórych szczegółów starszym już lekarzom, aniżeli do wprowadzenia początkującego adepta w zakres téj gałęzi dyjagnostyki lekarskiéj, która w ciągu lat 20 wyrobiła sobie tak wszechstronne uznanie i tyle już zdobyczy osiągnęła na polu terapeutyczném i operacyjném.

W końcu krótkiego mego sprawozdania z wrażeń, jakie odniosłem po przestudyjowaniu powyżéj wspomnianych trzech dzieł traktujących o badaniu wziernikowém krtani, nie mogę żadną miarą przeoczyć kilku drobnostek, z któremi niechętnie się spotykamy w pięknem dziełku Jurasza. I tak pomijając już gramatyczne nieporozumienia co do é lub y w 6tym przypadku l. p. i mnogiéj rodz. m. niemile uderza używanie niemieckiego „von“ przy nazwisku słynnego „Brunsa“. Zbyteczny ten balast pomija nawet Schnitzler w wydaniu niemieckiém, tém bardziéj przeto powinno być ucho polskie wolném od średniowiecznych epitetów. Nadto kilka zwrotów i niektóre powiązania zdań przypominają niemczyznę i nie były powinny ujść uwagi wydawców, jak n. p. na stronicy 25 czytamy: „który w dwojakiéj zachodzi postaci“, zamiast „który w dwojakiéj pojawia się p.“, na str. 34 całe długie zdanie stanowiące początek ustępu drugiego, na str. 40 „przechyla głowę na tył zam. ku tyłowi“, na str. 31 „mniéj przytém zależy .... jak raczéj zam. ile raczéj“ i t. d. Również zupełnie niepotrzebnie dodawano apostrof po imionach własnych użytych w przypadku drugim, jak n. p. Fauvel'a, Tobold'a, Türck'a, v. Bruns'a zamiast Fauvela, Tobolda, Türcka, Brunsa i t. d.

Co do przedstawienia saméj rzeczy, to niezgodzilibyśmy się na kategoryczne potępienie przykładania wziernika ogrzanego do dłoni, celem wypróbowania jego ciepłoty (str. 44), i nieradzilibyśmy zwłaszcza przy badaniu osób dotkniętych zmianami kiłowemi w gardle próbować ciepłoty wziernika na własném policzku, jak to radzi autor, gdyż, chociaż to jest rzeczą gustu, ale możnaby się czasem narazić na nieprzyjemne następstwa, jeżeli wziernik nie był dokładnie oczyszczony. Wreszcie szkoda, że autor należycie nie uwydatnił w ustępie traktującym o wykonaniu laryngoskopii (str. 43), aby początkujący nie zamykali przy badaniu jednego oka, lecz starali się patrzeć zawsze oboma, chociaż przed jedném z nich znajduje się reflektor z otworkiem w środku, i że w ustępie napisanym wyczerpująco o przyrządach służących do oświetlenia sztucznego nie wspomniał o lampie magnezyjowéj Schröttera. Mimo tych drobnych usterek, którym zresztą większego znaczenia zgoła nie przypisujemy, polecić można tylko jak najgoręcéj znakomite to dziełko ozdobione pięknemi drzeworytami i wydrukowane czysto na dobrym białym papierze, i życzyć tylko wypada, aby dalsze oryginalne wydawnictwa w równéj mierze zaszczytne zdobyły sobie uznanie.

Obt.

J. Kramsztyk (w Warszawie): **Stosunek zachodzący między wydzielaniem kwasu fosforowego i azotu w moczu.**

Jak wiadomo kwas fosforowy wydzielany z moczem pochodzi z dwojakiego źródła: *a)* z rozkładu ciał białkowych, z któremi sole tego kwasu ściśle są złączone i *b)* z rozkładu lecytyny, z najważniejszego składnika tkaniny nerwowéj. Według dzisiejszych pojęć nie tyle bezwzględna ilość kwasu fosforowego, zawartego w moczu, ma znaczenie dla ocenienia przemiany materyi naszego ustroju, ile stosunek zachodzący między wydzielaniem kwasu fosforowego i azotu w postaci mocznika. W ogóle można powiedzieć, iż ilościowy stosunek dwóch tych ciał, powstających z rozkładu ciał białkowych, przyjętych w postaci pokarmów, zazwyczaj bywa stały, to jest, że z powiększeniem się lub zmniejszeniem ilości mocznika w moczu jednocześnie powiększa się lub zmniejsza ilość kwasu fosforowego (Bidder i Schmidt, Pettenkofer i Voit, Bischoff, Seegen i Frerichs.) Nowsze jednak doświadczenia okazały, że w rozmaitych stanach ustroju (w czasie snu prawidłowego (Breed i Boecker), podczas pracy umysłowéj, w chorobach umysłowych (Mosler i Mendel), podczas pracy mięśniowéj (Engelmann), wreszcie u psów (Forster) zwykły prawidłowy stosunek kwasu fosforowego do azotu ulega w moczu znacznym zmianom.

W obec takiego stanu rzeczy autor postanowił zbadać, o ile ów stosunek w prawidłowym stanie ustroju jest stateczny, jakim ulega wahaniom pod wpływem rozmaitych leków wpływających na przemianę materyi (chininu, naparstnicy), wreszcie jak się zachowuje w chorobach ostrych i przewlekłych. Badania te przedsięwziął Kramsztyk w celu pozyskania faktów do wnioskowania z ilości wydzielonego kwasu fosforowego o przewadze rozkładu ciał białkowych lub też lecytyny tkaniny nerwowéj.

Z doświadczeń wykonanych z możliwą ścisłością, w pracowni prof. Fudakowskiego, na sobie samym i na chorych autor wyprowadza następujące wnioski:

1) Stosunek kwasu fosforowego do azotu w każdym szczegółowym przypadku jest stały.

2) Pod wpływem środków zmniejszających ogólną przemianę materyi (chininu, naparstnicy) ilość fosforanów zmniejsza się odpowiednio do ilości azotu.

3) W suchotach płucowych stosunek ten powiększa się, przeciwnie w moczówce cukrowéj i chorobach gorączkowych ulega znacznemu zmniejszeniu się.

4) Jak prawidłowy stosunek kw. fosforowego do azotu (14—25 na 100 azotu) służyć może za miarę przemiany ciał białkowych, tak znowu zmniejszenie lub powiększenie się ilości kwasu fosforowego wskazywać mogłoby wzięcie mniejszego lub większego udziału tkaniny nerwowéj (lecytyny) w przemianie materyi. W saméj rzeczy nieprzytomność, śpiączka, tak częste przypady chorób gorączkowych, zwłaszcza durzycy i zupełna przytomność umysłu i wrażliwość suchotników mogłyby do pewnego stopnia objaśnić nam te stosunki.

Nadto Kramsztyk badał wpływ soli amonowych na stosunek kwasu fosforowego do azotu i sprawdzał twierdzenie Kierima, że azot soli amonowych wydziela się prawie wyłącznie w postaci mocznika, powiększając tylko nieznacznie ilość amonijaku znajdowanego w moczu. Z doświadczeń w téj mierze uczynionych wynikło, że znacznie mniejsza część amonijaku przyjętego nie wiele $^1/_4$ cz. przechodząca, w postaci takowego w moczu się wydzieliła.

Praca K. stanowi cenny przyczynek dla nauki o zboczeniach przemiany materyi a zarazem zasługuje na uwagę ze względów praktycznych, można z niéj bowiem wysnuć kilka prawideł dyjetetycznych i leczniczych. (Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego, rok 1877. Zeszyt IV.)

Dr. Lutostański.

Kraussold (Frankfurt n. M.): **O modném cierpieniu odnóg dolnych.**

Po dwakroć miał K. sposobność postrzegania jednakowych przypadów u kobiet, które nosiły trzewiki z tak przesadnemi korkami, iż grzbiet stopy nie tworzył z przednią powierzchnią podudzia żadnego kąta lecz prawie proste przedłużenie, co naturalnie nawet mniéj zgrabną nogę czyni nader powabną. W obydwu przypadkach skarżyły się pacyjentki na bóle nieznośne w mięśniach uda i podudzia, chodzenie było prawie niemożebném z powodu przykurczu *(contractura)* mięśni powyżéj i poniżéj dołka podkolanowego.

Przyczyną tego jest według K. ta okoliczność, iż chodzenie na tak wysokich korkach możebném jest tylko przy równoczesném zgięciu w kolanie i biodrze. Usunięcie korków sprawiło chwilowe pogorszenie, lecz następnie przecież stałe wyleczenie. *(Centralbl. f. Chirurg.* 1878, Nr. 33). *A. O.*

Schumacher. **O leczeniu formy naczynio-porażennéj bólu połowiczego** *(hemicrania angio-paralytica)* **za pomocą przetworów sporyszu.**

Z pomiędzy licznych teoryj podawanych w celu wytłumaczenia objawów różnych form bólu głowy połowiczego najwięcéj przemawia do przekonania teoryja odnosząca cierpienie to do schorzenia szyjnéj części nerwu współczulnego. Od nerwu współczulnego bowiem pochodzą włókna nerwowe utrzymujące prawidłowy rozdział krwi w naczyniach mózgowych: przez drażnienie tychże powstaje skurcz naczyń i niedokrewność części przez nie zaopatrywanych, rozszerzenie zaś nadmierne tychże z następowém przekrwieniem jest następstwem ich porażenia. Na téj podstawie uważali Du Bois-Reymond i Brunner ból połowiczy głowy za następstwo skurczowego ścieśnienia naczyń mózgowych wywołanego rozdrażnieniem nerwów naczynio-ruchowych, Möllendorf zaś wprost przeciwnie za objaw porażennego rozszerzenia tychże. Spostrzeżenia kliniczne jednakowóż zdają się stwierdzać, iż oba zapatrywania są słuszne; w niektórych formach można uważać silne tętnienie tętnicy szyjnéj, zarumienienie skóry i nastrzykanie spojówek strony choréj, w innych zaś przeciwnie niedokrewność i bladość odnośnych części. Wskazówki te podają nam zarazem racyjonalny i naukowo uzasadniony sposób leczenia cierpienia w mowie będącego. W formie polegającéj na skurczu naczyń jest wskazane użycie n. p. azotynu amylowego jako środka porażającego nerwy naczynioruchowe, w formie zaś naczynio-porażennéj użycie leków działających drażniąco t. j. kurcząco na naczynia mózgowe. Lekiem takim jest sporysz już w roku 1873 przez Eulenburga *(Berliner klin. Wochenschrift 15. 1873)* przeciw bólowi połowiczemu zalecony.

Schumacher, robiąc liczne doświadczenia z tym środkiem przyszedł do przekonania, że podawanie sporyszu nawet w najuporczywszych formach bólu głowy połowiczego naczynio-porażennego świetne oddaje usługi. Przytacza przypadek kobiety lat 49 liczącéj, cierpiącéj od dłuższego czasu na ból głowy połowiczy, u któréj używał wielu zalecanych w téj mierze leków, jakoto dwuwęglanu sodowego, morfinu, kofeinu, prądu indukcyjnego ze skutkiem ujemnym, gdy podawanie ergotynu Bonjeana w dawkach zrazu po 0·3, potém 0·6, wreszcie stopniowo do 1·0 dziennie sprowadziło najprzód znaczne osłabienie napadów a w końcu zupełne ustąpienie cierpienia. *(The Lancet 4.* V. II. 1878.)

Dr. Stanisław Ponikło.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie VIIme z dnia 22go maja 1878 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 15.

1. Sekretarz odczytuje pisma nadeszłe do kom. baln. a) Odpowiedź Zarządu zdrojowo-kąpielnego w Swoszowicach na wnioski komisyi balneologicznéj. W rozprawie nad tym przedmiotem zabiera najprzód głos Mag. farm. Hoff. Z odezwy téj okazuje się, że w Swoszowicach nic nie zrobiono pomimo naszych żądań. Mamy tylko same obietnice. Uwzględnić jednak należy, że Zarząd przed rozpoczęciem obecnéj pory zdrojowéj nie mógł przedsięwziąść odpowiednich badań, z powodu, iż zbyt późno otrzymał odezwę komisyi balneologicznéj.

Dr. Sciborowski wnosi, aby jeszcze raz odezwać się do Zarządu zdrojowo-kąpielowego w Swoszowicach, czyniąc nacisk na konieczną potrzebę wykonania rozbioru chemicznego, tudzież zbadania stosunków geognostyczno-topograficznych.

Wniosek ten komisyja uchwala z poprawką p. Hoffa, aby Zarząd jak najspieszniéj uskutecznił wzmiankowane badanie.

b) Prośbę Anny z hr. Działyńskich hr. Potockiéj i hr. Stanisława Potockiego o udzielenie wskazówek, jak postąpić należy ze zdrojami odkrytemi w Rymanowie, tudzież o udzielenie świadectw, że wody rymanowskie są wodami mineralnemi, a to celem uzyskania pozwolenia władz rządowych na rozsyłkę wody rymanowskiéj na sprzedaż w kraju i za granicą. Przewodniczący namienia, iż zaszczytném jest dla komisyi balneologicznéj, że zdrojowiska krajowe udają się do niéj o pomoc i poparcie. Mniema on, iż żądane świadectwo udzielić można na podstawie rozbioru chemicznego prof. Weselskiego, tudzież referatu w sprawie zdrojowiska w Rymanowie, odczytanego na jedném z poprzednich posiedzeń przez Dra Lutostańskiego. Komisyja uchwala udzielić żądane świadectwo, jako woda rymanowska jest wodą mineralną. W dalszéj przemowie prof. Dr. Korczyński wykazuje, iż w téj chwili komisyja balneologiczna nie może udzielić bliższych wskazówek co do urządzenia zdroju i zakładu, gdyż w tym celu przedewszystkiém należy zbadać rzecz na miejscu. Można w ogóle tylko powiedzieć, iż powtórny rozbiór chemiczny wody rymanowskiéj jest niezbędny, gdyż pierwszy był robiony, gdy zdroje nie były jeszcze uporządkowane.

Dr. Lutostański namienia, iż po uskutecznieniu rozbioru przez prof. Weselskiego odkryto nowe zdroje, które połączono ze zdrojami, które dostarczyły wody do pierwszego rozbioru. Skład chemiczny wody rymanowskiéj musiał się zmienić od owego czasu znacznie.

Prof. Dr. Korczyński. Należy więc przekonać się na miejscu, czy zdroje należycie i ostatecznie są uporządkowane i czy można uskutecznić rozbiór chemiczny.

Dr. Obaliński zaleca zwrócić uwagę właścicieli Rymanowa, aby rozbiór chemiczny był wykonany w kraju, mamy bowiem chemików, którzy zaszczytne zajmują stanowisko naukowe i dają wszelkie rękojmie umiejętnéj ścisłości rozbioru.

Mag. farm. Hoff wnosi, aby komisyja wybrała delegatów którzyby na miejscu zbadali stan zdroju rymanowskiego i na takowych przedstawia prof. Dra J. Grabowskiego i Dra Lutostańskiego.

Prof. Dr. J. Grabowski mniema, iż jego obecność jest zbyteczną. Należy się najprzód przekonać, czy zdrój jest należycie uporządkowany a rozbioru chemicznego obecnie nie można bez tego wykonywać. Wnosi, aby komisyja wysłała jednego tylko

delegata w osobie Dra Lutostańskiego. Komisyja wniosek ten przyjmuje; na wniosek prof. Dra Korczyńskiego upoważnia swego delegata, aby zbadawszy stan rzeczy na miejscu, udzielił wszelkich wskazówek jakie uzna za stosowne.

2) Następnie Sekretarz odczytuje odpowiedź magistratu m. Piwniczny w sprawie zdrojowiska w Głębokiém na odezwę kom. balneologicznéj. Na wniosek przewodniczącego komisyja udziela tę sprawę do referatu prof. Dr. Olszewskiemu.

3) Daléj p. Karol Medwecki właściciel Żegiestowa zawiadamia komisyję, iż udało mu się po długich próbach, za pomocą nowego sposobu korkowania, napełniać tu flaszki wodą mineralną w taki sposób, iż woda w nich nie ulega rozkładowi. W Żegiestowie korkują się flaszki w sposób używany w stacyi doświadczalnéj w Klosterneuburgu przy korkowaniu wina.

Dr. Blatteis wnosi, aby oznaczyć ilość żelaza zawartego w wodzie żegiestowskiéj, w ten sposób korkowanéj.

Mag. farm. Hoff zaś, aby to oznaczenie ilościowe powierzyć prof. Drowi Olszewskiemu.

Wreszcie prof. Dr. Korczyński wnosi, aby o rezultacie tego badania komisyja zawiadomiła Zarząd zdrojowo-kąpielny w Żegiestowie.

Wnioski te kom. baln. przyjmuje.

4) Dr. Ściborowski zwraca uwagę, iż kalendarze dla zdrojowisk i lekarzy zdrojowych, zwłaszcza kalendarz Holzera, zawierają bardzo mylne wiadomości o naszych zdrojowiskach i lekarzach w nich praktykujących. Z tego powodu kalendarz Holzera uzupełnił i podał wiadomości prawdziwe. Żąda wreszcie, aby komisyja balneologiczna uprawniła go do sprostowania wzmiankowanych wiadomości. Wniosek ten komisyja przyjmuje.

5) Prof. Dr. Czerny odczytał obszerną pracę o wpływie lasów na hidrologiczne stosunki pojedynczych krajów a w szczególności na wydajność zdrojów. Treść téj zajmującéj rozprawy jest następująca:

Celem wykazania, że w ogóle spodnie warstwy powierzchni ziemi są pod względem zawartéj w nich wilgoci czyli wody niejako wizerunkiem wegetacyjnych warunków wierzchniéj powłoki ziemi, w szczególności zaś że obfitość wód stojących i płynących jak niemniéj wydajność źródeł wprost zawisły od rozmiarów obszarów leśnych, przystępuje autor do skreślenia meteorologicznego znaczenia lasów, a mianowicie rozbiera najprzód mechaniczne, następnie klimatyczne działanie lasów, co się tyczy mechanicznéj działalności lasów wykazać z pomocą dat, opartych na bezpośrednich obserwacyjach, że takowa polega na osłabianiu wiatrów, na wstrzymywaniu promieni słonecznych i opadów atmosferycznych, jakotéż, a w czém znowu główna rola przypada ścieli leśnéj, na przejmowaniu opadającéj z atmosfery wody i na ułatwianiu jéj przeciekania do głębiéj położonych pokładów. Żeby zaś wykazać, że nie na czém innèm, lecz właśnie na tém samém polega klimatyczna rola lasów, rozbiera autor w dalszym ciągu głównie opierając się w téj mierze na rezultatach spostrzeżeń na stacyjach meteorologiczno-leśnych w Bawaryi, wpływ lasów na temperaturę i wilgoć powietrza, oraz na ilość opadów a następnie wpływ lasów na temperaturę i wilgoć ziemi, a tém samém i na obfitość podziemnych zbiorników wody, i udowadnia: 1) że średnia temperatura roczna powietrza w lesie jest zawsze cokolwiek niższą od tejże temperatury powietrza na sąsiedniém polu otwartém, że w szczególności wszakże najniższą stosunkowo jest temperatura powietrza lasu w porze letniéj, i że dzienne oscylacyje ciepłoty powietrza w lesie są znacznie mniejsze aniżeli na poblizkich niwach niezalesionych; 2) że tém samém powietrze lasu, jako stosunkowo zimniejsze, posiada wyższy stopień względnéj wilgoci i to znowu najwyższy w lecie i że 3) w skutek tego opady atmosferyczne nie tylko są w lasach częstszemi ale i obfitszemi. Przechodząc do temperatury ziemi w lesie, konstatuje autor, że i średnia temperatura roczna ziemi w lesie jest niższą od średniéj ciepłoty ziemi w tychże samych głębokościach na przyległém miejscu otwartém, że podobne oscylacyje ciepłoty ziemi w ciągu dnia, miesiąca i roku są mniejsze w lesie aniżeli na sąsiednich niwach bezleśnych i że znowu łagodzący ten wpływ lasów na oscylacyje temperatury ziemi jest w porze letniéj znacznie silniejszym niż w zimie. Ponieważ zaś stosunki termiczne ziemi idą ręka w rękę z procesem parowania wody w niéj zawartéj, przeto uwidocznia autor, że parowanie wody zawartéj w ziemi lasu, jako stosunkowo zimniejszéj musi być mniejszém, niż na poblizkiém polu otwartém i to tém mniejszém, że i powietrze lasu jako zimniejsze i o wyższéj względnéj wilgoci parowanie to znacznie osłabia, podobnie jak i pokrywająca ziemię ściel leśna. Rezultatem tych właściwości lasów, jak nie mniéj i zjawiska, że w ziemię lasu znacznie więcéj przesiąka wody atmosferycznéj niż w ziemię sąsiednich pól otwartych, nie jest też co innego, jak tylko że ziemia lasu jest zawsze wilgotniejszą tj. zasobniejszą w wodę, a tém samém lasy są naturalnemi zasilaczami podziemnych zbiorników wody, których znowu wentylami są wytryskające na powierzchni ziemi źródła.

Na szeregu przykładów pobieranych z różnych okolic ziemi, przedewszystkiém zaś w krajach monarchii austryjacko-węgierskiéj, wykazuje następnie autor, że powyższym wynikom umiejętnych spostrzeżeń na stacyjach meteorologiczno-leśnych wtoruje rzeczywiście codzienne doświadczenie w miejscowościach, które niegdyś cieszyły się większém zalesieniem, dziś zaś stoją odarte z swéj lesistéj szaty, że mianowicie zbyteczne trzebienie lasów burzy istotnie w zjawiskach hydrologicznych całych krajów tę stateczność, jaka jest właśnie nieodstępnym przywilejem lasów, a w szczególności znowu sprowadza nieregularną wydajność źródeł lub też nawet całkowite ich znikanie. W końcu z uwagi, że jak w naszym kraju gospodarstwo leśne nadzwyczaj jest zaniedbaném, i ustawy leśne nie zawsze skutecznemi, podnosi autor konieczność przyjścia w pomoc literze tychże ustaw przez moralny wpływ na obywateli i lud prosty, ażeby uchronić istniejące osady lasów od zniszczenia, a kraj od zwiększenia się klęsk elementarnych, jakie mu się zresztą już dzisiaj po zbyteczném wycięciu dawnych, rozleglejszych borów i lasów dają (od czasu do czasu) we znaki.

Nad tym przedmiotem rozwinęła się obszerna dyskusyja, w której prócz autora zabierali głos Dr. Lutostański, Mag. farm. Hoff, prof. Dr. J. Grabowski, Dr. Ściborowski i Dr. Obaliński.

Komisyja balneologiczna powzięła na wniosek Dra Lutostańskiego następujące rezolucyje:

a) Komisyja uznaje konieczną potrzebę zakładania w kraju naszym leśnych stacyj meteorologicznych, na wzór istniejących w Bawaryi, niezmiernie ważnych pod względem fizyjograficznym, które dla kultury leśnéj i balneografii krajowéj wielkie mogą przynieść korzyści. Z uwagi, iż prof. Dr. Strzelecki przedstawił już tę potrzebę Wydziałowi krajowemu we Lwowie, kom. baln. uprasza prof. Dra Czernego, aby sprawę tę w jéj imieniu wniósł w komisyi fizyjograficznéj Akad. Umiejętności.

b) W celu pouczenia o ważności ochrony lasów, komisyja uchwala przesłać zarządom zdrojowisk krajowych odbitkę z rozprawy prof. Dra Czernego.

c) Ze względu na ważność sprawy w protokóle komisyi ma być zaznaczoną rozprawa prof. Dra Czernego w najobszerniejszém streszczeniu.

d) Komisyja baln. zaleca zarządom zdrojowo-kąpielnym jak najczęściéj uskuteczniać pomiary wydajności zdrojów, tudzież oznaczanie ilości stałych składników. Obowiązek ten wkłada na lekarzy zdrojowych. Sekretarz *Dr. Lutostański.*

V. Listy z Kamieńca Podolskiego.

III.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Już w styczniu i lutym durzyca plamista na dobre szalała w Rosyi, zarówno na północy jak na południowych i wschodnich jéj krańcach; wcale niepocieszające cyfry podawały o zarazie gazety. Jednocześnie wybuchnął tyfus między jeńcami w Włodzimierzu, Charkowie, Jarosławiu, Kałudze, Odessie i t. d. Nie było zakątka, gdzieby nie wystąpił z większém albo mniejszém natężeniem; tak np. w Woroneżkiéj szkole duchownéj na 247 wychowańców uległo 58 rzeczonéj niemocy, tak, że już w lutym szkoły zamknąć musiano. W końcu stycznia w Petersburgu zapadało na rozmaite formy duru od 300 do 400 osób dziennie, śmiertel-

ność średnia wynosiła 43 osoby na dobę (13—10%); w marcu rachunek jeszcze niekorzystniejsze przybrał rozmiary, jednorazowe bowiem obliczenie, dokonane (25 marca st. s.) przez Towarzystwo ochrony zdrowia publicznego, przekonało, że w stolicy znajduje się 3750 chorych durzycowych, mianowicie: dotkniętych tyfusem wysypkowym 1675; brzusznym 761; powrotnym 1196; gorączką tyfoidalną 115. Odsetek śmiertelności wynosił 30%. Dodamy nawiasem, że ku końcowi kwietnia st. st. zmniejszył się on trochę, spadł bowiem do 22%.

W miastach większych, bliżéj naszéj gubernii położonych także nie było wesoło. W Kiszyniowie od początku roku umierało po 8—10 jeńców dziennie na tyfus plamisty. Odessa dowiedziawszy się, że w rychle zostanie główną placówką, w któréj chorzy transportowani z półwyspu bałkańskiego, ze statków będą wychodzić na ląd stały, myśleć zaczęła na dobre o zapobieżeniu rozrastaniu się chorób zaraźliwych. Idąc za poradą znakomitego Pirogowa zarząd miejski wzniósł za miastem baraki dla chorych w ogóle, a dla durzycowych w szczególe przeznaczył spory drewniany budynek, tak zwany teatr letni (Ermitaż). Kijów także zagrożony epidemiją gotował się do jéj poskromienia; posiadał on 4000 łóżek, składały się na tę cyfrę szpitale wojskowe i czerwonego krzyża; utworzono kółka dobroczynne, a zadaniem ich stało się zaopatrywanie chorych w pokarmy nie objętę kartą szpitalną, a więc w wino, bulion, mléko, kawę, herbatę i t. d. Na czele kółek rzeczonych stała hr. Ignatiewowa, żona b. posła w Konstantynopolu i hr. Paninowa; kosztem ich kształciło się 20 sióstr miłosierdzia, które po odbyciu kursów rozsyłano do szpitalów powiatowych; kosztem ich także powstało kilka przytulisk dla rekonwalescentów (o 10 do 20 łóżek każde). Jednocześnie i władze przystąpiły do dezinfekcyi szpitalów wojennych (pod kierownictwem Drów Gawrylowa i Subotina), zwłaszcza tak zwanego zimowego, wiecznego gniazda durowego zarazka, w którym to niedawno padli ofiarą tyfusu dwaj znakomici profesorowie kliniczni, Pokrowski i Afanasiew. Miasto wreszcie podzielono na 5 rewirów, z płatnym lekarzem na czele. Środki te niemało się przyczyniały do przytłumienia duru; stosunkowo mało szkód wyrządził on w Kijowie.

Przy takich to niekorzystnych warunkach Podole powinno było ucierpieć bardziéj od innych prowincyj, wsiąknąć w siebie, jeżeli się tak wyrazić można, więcéj rozmaitych zarazków, jako: 1o najbardziéj zbliżone do teatru działań wojennych (przypominamy tutaj, że południowe jego powiaty oddalone o 20 godzin drogi od Frateszti, północne o 50 godzin od tegoż punktu); 2o wszystkich bez wyjątku chorych z nad Dunaju i z za Bałkanów transportowano w głąb kraju podolską koleją żelazną; 3o toż samo rozumieć należy i o jeńcach tureckich wziętych pod Szybką i Plewną; 4o wreszcie prowincyja nasza dostarczyła spory poczet podwodników (pogońców), a ci po niefortunnéj wycieczce do Bulgaryi wracali wynędzniali i znękani, roznosząc zarazy po kraju; 5o coś tu znaczył także i ów kontyngens spekulantów na zyski, tysiącami dążących na pola walki, a i tych większa połowa stawiła się z powrotem, nic krom durzycy nie przywożąc rodzinie i bliskim w upominku.

Jakoż tyfus wybuchł tu z pewną gwałtownością, a jeżeli wybuch ten nie miał złych następstw, to dziękować za to należy miejscowéj administracyi, która ze skwapliwością zaszczyt jéj przynoszącą zajęła się tępieniem zarazka w samym początku, w pierwszéj zaledwie chwili ukazania się jego na płaszczyznach Podola. A jak to było opowiem tutaj w krótkości.

Pierwszy transport jeńców tureckich przeznaczonych dla naszéj gubernii przybył do Bałty 10 stycznia. W liczbie 250 muzułmanów znajdowało się 28 chorych, a między nimi 7 dotkniętych durzycą plamistą; pomieszczono ich w szpitalu miejskim; lekarz miejscowy w taki sposób stan opłakany przybyszów odmalował: „okryci łachmanami, ledwie w części osłaniającemi ich brudne ciało, a w łachmanach tysiące pasorzytów, zziębnięci, głodni, upadający od znużenia“... Zaraz wszyscy oni otrzymali ciepłą kąpiel, czystą bieliznę, nowe obuwie, napojono ich herbatą, znalazły się stosowne pokarmy, jak ryż, jabłka, kury; jeńcy zostali oddzieleni od innych miejscowych chorych. Lekarz bałcki w raporcie do zarządu lekarskiego gubernijalnego dodawał, że między Turkami przywiezionymi jest znacznie więcéj chorych tyfusowych, ale ci rozlokowani w wojskowym lazarecie; i istotnie znalazło się tam kilkudziesięciu durzycowych, choroba szybko zaczęła się udzielać od nich żołnierzom rosyjskim w szpitalu przebywającym, wreszcie mieszkańcom miasta i powiatu, tak dalece, że 7 lutego liczono już tam dotkniętych rozmaitemi formami duru 126 osób, z których 3 umarło; pamiętać potrzeba, że nie wchodzili w ten rachunek ani jeńcy, ani téż wojownicy rosyjscy.

Na taką wiadomość udał się natychmiast do Bałty inspektor służby zdrowia, Dr. Sederholm; uregulował on należyte odwietrzanie w szpitalach cywilnych, urządził dezinfekcyję bielizny (benzyna i kw. karbolowy), wyznaczył cmentarzysko dla zmarłych mahometanów za miastem, z troskliwém zastrzeżeniem, by jamy głębokie kopano; wreszcie co najważniejsza, z upoważnienia i za inicyjatywą gubernatora podolskiego, p. Hudym Lewkowicza, powołał do życia bałcką radę zdrowotną, która niemałe oddała usługi. Zwykle na czele takiéj rady stoi marszałek powiatu, członkami zaś jéj są: policmajster, komisarz policyi powiatowéj (sprawnik), sędziowie do spraw włościańskich, lekarz powiatowy i miejski, nadto ordynator szpitala wojskowego, jako delegat. Rada bałcka zajęła się urządzeniem czasowych lazaretów, ogłosiła pewne przepisy higijeniczne, podzieliła miasto i powiat na rewiry, w pierwszém stanowiąc na ich czele obywateli miejskich, w drugim wolnopraktykujących lekarzy; na ostatnich nadto ciążył obowiązek składania raportów o świeżych przypadkach choroby. Rozpisaliśmy się cokolwiek drobnostkowo o Radzie zdrowotnéj bałckiéj, a to dla tego, że na wzór jéj modelowały się inne powiatowe, powstające w miarę, jak zaraza tyfusowa zdobywała większe obszary dążąc wytrwale od południa na północ.

W połowie marca (17) otwarty został gubernialny sanitarny komitet w Kamieńcu, pod prezydencyją gubernatora. Oprócz członków z urzędu w nim zasiadających, zaprosił on kilku lekarzy wolno praktykujących osiadłych w mieście. Celem jego było zaprowadzenie pewnych urządzeń zdrowotnych w gubernii, a nadto zabezpieczenie miasta od zarazy, kilku bowiem 'liwerantów przywiozło do nas w tym czasie z za Dunaju durzycę plamistą z dość silném natężeniem, po wsiach zaś szerzyli ją włościanie „pogońcy;“ pierwszy taki przypadek miał miejsce w Bahrynowicach w pow. lityńskim położonych już na początku lutego, inne zaś w kilku miejscowościach latyczowskiego; zwykle powożnik schorzały umierał w kilka dni po przybyciu, zaraz potém ulegała chorobie żona jego, dzieci, sąsiedzi, tak że z takiego ogniska rozpływała się durzyca po całéj wiosce. Otóż komitet gubernijalny,

po rozpatrzeniu sprawozdań postanowił: utworzenie zdrowotnych Rad powiatowych tam, gdzie ich jeszcze nie powołano do życia, pozwolił na zakładanie rad gminnych w osadach objętych zarazą, a składających się z parocha, pisarza i poważniejszego kmiecia, przeprowadził systematyczny podział powiatów na okręgi lekarskie, zalecił urządzanie czasowych szpitali po włościach dla chorych, którzy nie mają własnych chat, jak „najmyci" w usłudze u wiejskich gospodarzy zostający; uwzględniono i prastary system desinfekcyi, to jest zakładanie tlejących ognisk, wytwarzających dużo dymu, wreszcie uwzględniono rozpowszechnienie między ludem najelementarniejszych przepisów higijenicznych i dyjetetycznych i t. d. i t. d. Komitet pomyślał i o Kamieńcu, zalecił: 1) możebne oczyszczenie miasta, 2) podzielił je na 8 okręgów pod względem opieki lekarskiéj, 3) rewizyję mieszkań prywatnych, hotelów, restauracyj, szynków, przez specyjalne komisyje na ten cel wyznaczone (składały się one z lekarza, urzędnika policyjnego i obywatela miejskiego). Skutki téj ostatniéj szczególnie były zbawienne, miasto bowiem odznaczające się niechlujstwem, pod naciskiem zmuszone zostało do zaprowadzenia ładu i uwzględnienia pewnych przepisów sanitarnych, obowiązujących w całym cywilizowanym świecie. Ale obok władz cywilnych i wojskowe krzątały się energicznie około zabezpieczenia żołnierzy i jeńców tureckich od zarazy. W gubernii liczono 8 lazaretów, z nich cztery czasowe, a cztery stałe (w Bałcie, Winnicy, Tulczynie i Kamieńcu), w ostatnich znaleźli przytułek i schorzali muzułmanie. Rady szpitalne na cotygodniowych posiedzeniach rozstrzygały kwestyję rozszerzenia zakładów leczniczych, urządzenia ich wedle wymagań nauki, starały się zbadać przyczyny szerzenia się niemocy, by jéj têm skuteczniéj zapobiedz.

(Dokończenie nastąpi.)

Ustawa*)

z dnia . . . . . . dla Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiém Księstwem Krakowskiém nadająca statut dla zdrojowiska Krynicy-Słotwin.

Za zgodą Sejmu Mojego Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiém Księstwem Krakowskiém rozporządzam:

§. 1. Gminy Krynicy i Słotwin wraz z obszarami dworskiemi Krynicy i Słotwin w powiecie Nowosądeckim łączy się do wspólnego zawiadywania sprawami wyszczególnionemi w §. 2. niniejszéj ustawy.

§. 2. Do spraw, które na połączonych obszarach gminnych i dworskich Krynicy i Słotwin wspólnie zawiadywane będą, należą: *a*) sprawy wyszczególnione w §. 27. pod literą *b*) *c*) *d*) *e*) *f*) *g*) *h*) *i*) i *k*) ustawy gminnéj z 12 sierpnia 1866 l. 19 d. u. k. *b*) sprawy policyi i zdrowia poruczonego zakresu działania wyszczególnione w §. 4. ustawy państwowéj z 30 kwietnia 1870 l. 68 d. u. p. *c*) sprawy zdrojowe.

Sprawy te zostają wyjęte z pod zakresu działania dotychczasowych gmin i obszarów dworskich Krynicy i Słotwin. Wszelkie inne sprawy własnego i poruczonego zakresu działania należéć będą i nadal do gmin i obszarów dworskich Krynicy i Słotwin, które co do tych spraw zostają i nadal odrębnemi ciałami administracyjnemi w myśl ustawy gminnéj i ustawy o obszarach dworskich z 12 sierpnia 1866 l. 19 i 21 d. u. k.

Wolno jednak tym gminom i obszarom dworskim łączyć się do wspólnego zawiadywania i téj reszty spraw.

*) Patrz poniżéj w rubryce Wiadomości bieżących.

§. 3. Za sprawy zdrojowe (§. 2. ustęp *c*.) uznaje się: *a*) Opieka nad ubogimi przebywającymi w zdrojowisku w celu leczenia się. *b*) Zarząd funduszem zdrojowym. *c*) Czuwanie nad całością i bezpieczeństwem zdrojów niemniéj nad utrzymaniem w dobrym stanie istniejących urządzeń zdrojowych. *d*) Staranie o upiększenie zdrojowiska i o zakładanie nowych urządzeń zdrojowych mających na celu rozwój zakładu, wygodę gości i uprzyjemnienie im pobytu w zdrojowisku.

Niniejsze postanowienia nienaruszają w niczém prywatnych stosunków prawnych w ogóle ani też praw i obowiązków właścicieli zdrojowisk.

§. 4. Sprawy wyszczególnione w §. 2 i 3 załatwia komitet zdrojowy.

W skład tego komitetu wchodzą: *a*) naczelnik Krynicy, *b*) naczelnik gminy Słotwin, *c*) przełożony obszaru dworskiego Krynicy, *d*) przełożony obszaru dworskiego Słotwin, *e*) lekarz zdrojowy, *f*) delegat przez Wydział powiatowy mianowany.

Urząd przełożonego obszaru dworskiego Krynicy i Słotwin nie może być połączony w jednéj osobie.

Komitet wybiera z grona swego bezwzględną większością głosów wedle przepisów ordynacyi wyborczéj dla gmin z 16 sierpnia 1866 l. 20 d. u. k. na lat trzy: przewodniczącego (prezesa) i dwóch asesorów, z których jeden jest oraz zastępcą przewodniczącego.

Wybór przewodniczącego i jego zastępcy wymaga zatwierdzenia Cesarskiego.

§. 5. Co do spraw w §. 2im 3im wyszczególnionych, wstępuje komitet zprojowy w prawa i obowiązki Rady gminnéj, a prezes komitetu w prawa i obowiązki n a c z e l n i k a gminy w myśl ustawy gminnéj z 12 sierpnia 1866 l. 19 d. u. k.

§. 6. Koszta połączone z załatwianiem czynności wyszczególnionych w §. 2 lit. *a*) i *b*) ponoszą gminy i obszary dworskie Krynica i Słotwiny w stosunku do opłacanych przez nich podatków bezpośrednich, koszta zaś połączone z załatwianiem spraw wyszczególnionych w §. 2 lit. *c*) pokrywa fundusz zdrojowy.

§. 7. Fundusz zdrojowy powstaje: a) z opłat zdrojowych i taks na muzykę pobieranych od gości w zdrojowisku przebywających; b) z dochodów pobieranych z widowisk, zabaw, koncertów itp.; c) z zapisów i ofiar na rzecz tego funduszu; d) z dochodów pobieranych za używanie urządzeń wykonanych kosztem funduszu zdrojowego; e) z funduszu powstającego ze składek i innych ofiar na rzecz ubogich przebywających w zakładzie.

§. 8. Prezes komitetu winien corocznie ułożyć a komitet uchwalić budżet na następny rok administracyjny najpóźniéj na dwa miesiące przed rozpoczęciem roku, a rachunki z przychodów i wydatków najpóźniéj we trzy miesiące po upływie roku administracyjnego przedłożyć komitetowi do rozpoznania i załatwienia.

Wreszcie z budżetem i rachunkami rocznemi należy postąpić w myśl postanowień §. 70 ustawy gminnéj z 12 sierpnia 1866 l. 19 d. u. k.

Budżet winien jednak tak w dochodach jak w wydatkach zawierać dwa odrębne działy stósownie do podziału wspomnionego w §. 6 i mieścić w sobie rozkład prestacyj przypadających na połączone gminy i obszary dworskie w stosunku do opłacanych przez nich podatków bezpośrednich.

Na podstawie prawomocnie uchwalonego budżetu wezwie prezes komitetu naczelników gmin Krynicy i Słotwin, żeby przypadające na te gminy kwoty wstawili w swój budzet pod rygorem ostatniego ustępu powołanego §. 70, właściciela obszarów dworskich zaś do zapłacenia kwot przypadających na połączone obszary dworskie do rąk prezesa komitetu, w kwartalnych ratach z góry pod rygorem egzekucyi.

§. 9. We wszystkich przypadkach, dla których niniejsza ustawa nie zawiera szczegółowych postanowień, obowiązują przepisy ustawy gminnéj z 12 sierpnia 1866 r. l. 19 d. u. k.

§. 10. C. k, Rządowi służy prawo zwierzchniczego nadzoru nad zakładem zdrojowym Krynicy-Słotwin w myśl ustawy państwowéj z 30 kwietnia 1870 l. 68 d. u. p.

§. 11. W przypadkach wywłaszczenia na rzecz publicznego zakładu zdrojowego Krynicy-Słotwin mają być zastósowane postanowienia §. 365 powszechnéj ustawy cywilnéj.

§. 12. Wykonanie niniejszéj ustawy polecam Mojemu Ministrowi spraw wewnętrznych.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 12 września. Projekt statutu dla szpitala św. Łazarza w Krakowie, przez Wydział krajowy Sejmowi przedłożyć się mający, a w numerze poprzednim przez nas podany, opracowany jest gruntownie i z dokładną znajomością stosunków; zawiera on jednak lukę, któréj niewypełnienie mogłoby pociągnąć za sobą dotkliwą szkodę dla nauki i dla chorych. Otóż w rozdziale IV, traktującym o warunkach umieszczenia chorych, niema żadnéj wzmianki o stósunku zachodzić mającym pomiędzy szpitalem a klinikami uniwersyteckiemi. Jestto nietylko w Krakowie, ale i gdzieindziéj, uświęcone zwyczajem, że profesorowie klinik wybierają z pośród chorych w szpitalu przypadki ciekawsze służyć mające dla nauki i wykładu klinicznego, przenosząc chorych, jakich im właśnie potrzeba, do kliniki, oczywiście, jeżeli chorzy na to się zgadzają, a następnie odsyłając ich do szpitala, jeżeli cele nauki i wykładu zostały osiągnięte, ponieważ szczupłość klinik naszych i interes uczących się nie zezwalają na zbyt długie zatrzymywanie chorych w klinice. Wreszcie kliniki zamykają się w połowie lipca a otwierają dopiero w połowie października, zachodzi więc konieczna potrzeba, aby chorzy uleczalni a feryjami uniwersyteckiemi, a têm samém zamknięciem klinik, zaskoczeni, nie byli narażeni na nagłe wydalenie i mogli znaleźć dalszą opiekę w szpitalu. Rok rocznie się zdarza, że chorych operowanych w klinice w początku lipca wypada przenosić do szpitala, ponieważ absolutnie niemożebną i nieludzką byłoby rzeczą wydalać nieuleczonych ale wyzdrowienia po ciężkiéj operacyi wyczekujących, nie postarawszy się poprzednio dla nich o należyte pomieszczenie w szpitalu. Otóż ten stósunek klinik do szpitala, a mianowicie: możebność wybierania chorych dla wykładu i odsyłania takowych w ciągu roku szkolnego a zwłaszcza z końcem tegoż, w statucie powinien być wyraźnie unormowany, w przeciwnym razie bowiem mogą zdarzyć się nieporozumienia pomiędzy obiema władzami z wielką szkodą dla chorych, co w rzeczy saméj już nieraz miało miejsce.

Wprawdzie możebność wybierania chorych ze szpitala zawarowaną jest profesorom w §. 37 „Instrukcyi dla Dyrektora szpitali krajowych w Krakowie z r. 1877“ (do L. W. 13092), który to paragraf opiewa: „Dyrektor nie może wzbronić „profesorom klinicznym i ich asystentom wstępu do żadnéj z sal, „ani wzbronić przeniesienia do kliniki tych chorych, których so„bie wybiorą między niepłacącymi za siebie. Dyrektor winien je„dnak przestrzegać, aby na klinikę nie przenoszono chorych bez „ich własnego zezwolenia“. Wolelibyśmy atoli, aby wolność ta zawarowaną została statutem nowym obok przepisów co do odsyłania chorych z klinik do szpitala, o czém nawet w Instrukcyi żadnéj niema wzmianki, a właśnie z powodu odsyłania chorych zdarzają się owe niemiłe nieporozumienia, o których wspomnieliśmy.

Nie wątpimy, że gdyby ogłoszenie projektu statutu nie było zaskoczyło Wydziału lekarskiego śród feryi szkolnych a więc pod niebytność na miejscu kilku profesorów klinicznych, Wydział albo przynajmniéj dyrekcyja klinik nie omieszkałyby podnieść głosu swego w téj sprawie; ponieważ zaś zachodzi obawa, że statut szpitalny dostanie się pod obrady Sejmu jeszcze przed rozpoczęciem roku szkolnego, uważamy za obowiązek swój zwrócić uwagę Wydziału krajowego i reprezentantów naszych na wspomnianą lukę, tusząc sobie, że Wydział krajowy i Sejm nie spuszczą z uwagi téj kwestyi, wcale nieobojętnéj dla nauki i dla cierpiących.

* Oprócz wniosków Wydziału krajowego w poprzednim numerze omówionych, zasługują na uwagę naszą jeszcze następujące wnioski, odnoszące się do zakładów lwowskich, a Sejmowi przedłożyć się mające:

I. Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie.

1) Sprawozdanie o uzupełnienie etatu posad i płac (do L. 21.360). Wydział wnosi, aby zamiast 3 lekarzy (z których atoli dotąd tylko 2 było zamianowanych, podczas gdy posada 3go miała być obsadzoną dopiero po ukończeniu zakładu) na przyszłość było 4 doktorów medycyny, z których dwóch ma pełnić służbę ordynujących, dwóch zaś lekarzy pomocniczych (asystentów z płacą 500 zła., z pomieszkaniem, wiktem i dodatkiem 5-letnim po 80 zła.). Potrzebę téj zmiany Wydział uzasadnia zwiększaniem się liczby chorych, która niezadługo dojdzie do 500.

2) Sprawozdanie o reorganizacyi służby oddziałowéj (do L. 40,231). Treść sprawozdania tego podaliśmy już w Nrze 32 Przegl. Lek. (str. 402).

3) Sprawozdanie o rozszerzeniu łazienek (do L. 39,745). Wydział wnosi, aby Sejm uchwalił kredyt dodatkowy w kwocie 3972 zła. celem uzupełnienia łazienek stósownie do potrzeb zakładu.

4) Sprawozdanie o budowie drogi, wiodącéj od rogatki gródeckiéj we Lwowie do zakładu w Kulparkowie (do L. 34,432). Wydział wnosi, aby Sejm na rekonstrukcyję drogi przyzwolił kredyt w kwocie 9625 zła.

5) Preliminarz na rok 1876 (do L. 28,461). Wydatki wynosić mają 196,568 zła., dochody zaś tylko 21,344 zła., a więc okazuje się niedobór w kwocie 175,244 zła.

II. Szpital powszechny we Lwowie.

1) Sprawozdanie o potrzebie wystawienia budynku gospodarskiego (do L. 8087). Wydział prosi o kredyt dodatkowy w kwocie 8217 zła.

2) Preliminarz na r. 1879 (do L. 28,461). Wydatki wynosić mają 196,761 zła., dochody 154,754 zła., a więc niedobór w kwocie 42 007 zła.

III. Zakład dla głuchoniemych we Lwowie.

Sprawozdanie o petycyjach żądających przyjęcia na fundusz krajowy zakładu tego (do L. 33,044). Wydział oświadcza się za têm, aby Sejm 1) udzielił zakładowi na rok 1879 zapomogi w kwocie 8000 zła.; 2) zezwolił dyrekcyi zakładu zaciągnąć pożyczkę w wysokości 15000 zła. celem odbudowania 2go piętra i rozszerzenia zakładu i obowiązał się opłacać z funduszu krajowego odsetki od téj sumy aż do umorzenia; 3) upoważnił Wydział krajowy do udzielenia na czas potrzeby jednego stypendyjum o rocznych 400 zła. kandydatom na nauczycieli dla zakładu głuchoniemych w celu kształcenia się w Warszawie.

(Myśl wysłania stypendysty do Warszawy uważać musimy jako bardzo szczęśliwą; zakład tameczny bowiem, pozostający pod umiejętnym kierunkiem wielce zasłużonego dyrektora Papłońskiego, urządzony jest pod każdym względem wzorowo; rezultaty osiągane przez nauczycieli zdolnych i pilnych przechodzą wszelkie oczekiwania. Odwiedziwszy zakład ten przed kilkunastu dniami razem z kol. Bylickim a dzięki uprzejmości sędziwego kierownika zapoznawszy się dokładnie z ważniejszemi szczegółami, opuściliśmy go pełni czci i uwielbienia dla dyrektora, nauczycieli i nauczycielek, którzy świetnie zasługują się krajowi i społeczeństwu. *Redakcyja.)*

IV. Zakład ciemnych we Lwowie.

Sprawozdanie o podwyższeniu zapomogi dla tego zakładu (do L. 41,888). Wydział wnosi podwyższenie zapomogi na rok 1879 z 2000 zła. do 3200 zła.

Wreszcie znajdujemy pomiędzy wnioskami Wydziału.

V. Sprawozdanie w przedmiocie uregulowania stosunków administracyi gminnéj w zakładzie kąpielowym Krynicy-Słotwin i statutu dla zdrojowisk w Galicyi (do L. 29, 704).

Statutu ogólnego dla zdrojowisk galicyjskich Wydział krajowy nie przedkłada, a to z powodu, że każde z miejsc naszych kąpielowych ma odrębne właściwości wymagające szczegółowego uwzględnienia. Przedkłada Sejmowi Statut dla Krynicy, ponieważ tam urządzenie stosunków administracyi gminno-zdrojowéj okazało się naglącém, a wprowadziwszy raz specyjalny statut dla tego zdrojowiska będzie go można późniéj zastósować do innych zdrojowisk ze zmianami niezbędnemi dla każdego miejsca kąpielowego. Dla ważności przedmiotu podaliśmy w rubryce poprzedniéj ustawę, jaką w téj mierze Wydział krajowy przedkłada Sejmowi.

* Od lat wielu społeczeństwo nasze z nadzwyczajném upragnieniem oczekuje organizacyi publicznéj służby zdrowia, która w innych krajach koronnych już dawno przeprowadzoną została. Wiadomo, że przyczyną znacznego opóźnienia u nas w mowie będącéj organizacyi była niezgodność pomiędzy Namiestnictwem a Ministerstwem spraw wewn. pod względem uszczuplenia liczby posad lekarskich, a na téj niezgodności cierpiał kraj, a więcéj jeszcze sami lekarze, a strata, którą ostatni ponieśli, jest niepowetowaną, albowiem nietylko przez długie lata pozbawieni byli wyższéj płacy, jaką pobierali koledzy w innych krajach koronnych, ale musieli się poddawać egzaminom rządo-

wym, tymczasem zaprowadzonym, lub starać się o uwolnienie od takowych, a wreszcie i co najważniejsza. z powodu ustawy, która tymczasem uzyskała sankcyję Najwyższą, przy nastąpić mających nominacyjach w wielkiéj części dostaną się do niższej rangi służbowéj a tém samém otrzymają niższą płacę, aniżeli koledzy w innych krajach dawniéj mianowani. Mimo to wszystko radośnie przyjętą została wiadomość, że nareszcie stanęła zgoda między Namiestnictwem a Ministerstwem i że pierwsze przystąpi do rychłego przeprowadzenia organizacyi O ile nam wiadomo, już przed dwoma miesiącami p. referent spraw lekarskich w Namiestnictwie przedłożył krajowéj Radzie zdrowia akta organizacyi lekarzy powiatowych, a ponieważ niema tajemnicy pod słońcem, więc propozycyje wyszłe z Rady zdrowia doszły mniéj więcéj do wiadomości interesowanych, którzy téż zabierali się do opuszczenia obecnych stanowisk i przeniesienia się na nowe posady. Lekarzy powiatowych mianuje ostatecznie p. Namiestnik, ponieważ jednak w poczcie mianować się mających znajduje się 32 liczących więcéj niż 40 lat, więc celem uzyskania dla nich *veniae aetatis* wedle przepisów Namiestnictwo przesłało akta do Ministerstwa. Ponieważ zaś akta nadspodziewanie długo zalegają we Wiedniu, a takowe nawet z powodu jakiejś formalności raz zwrócone zostały do Lwowa, więc rozeszła się niepokojąca pogłoska, że Ministerstwo ociąga się z potwierdzeniem propozycyj Namiestnictwa i że z tego powodu organizacyja znów się przewlecze. Pogłoski te wywołały popłoch pomiędzy kandydatami, ponieważ pora przeniesienia się dla lekarzy, zwłaszcza z rodzinami, wcale nie jest obojętną.

Zasięgnąwszy kompetentnéj informacyi możemy kolegów uspokoić. Lekarzy powiatowych mianuje tylko p. Namiestnik, więc nie o potwierdzenie jego propozycyj, tylko wyłącznie o *veniam aetatis* dla tych, którzy przekroczyli 40 rok życia, się rozchodzi. Do opóźnienia sprawy przyczyniła się li nieobecność we Wiedniu p. radzcy minister. Schneidera, referenta spraw lekar., ale uzasadnioną jest nadzieja, że najdaléj za miesiąc wszystko załatwioném będzie, tak, że mianować się mający w ciągu miesiąca października rb. obejmą swe posady.

Z tém wszystkiem nie byłoby od rzeczy, gdyby Namiestnictwo nasze postarało się we Wiedniu o przyspieszenie sprawy, wskazując na ważną tę okoliczność, że lekarzy cywilnych, mających rozgałęzione stosunki oraz praktykę prywatną, niepodobna przerzucić nagle z jednego miejsca na inne, jak np. lekarzy wojskowych lub innych urzędników.

* Dowiadujemy się, że następcą bar. Rokitańskiego, jako referenta spraw wydziałów lek. w Ministerstwie oświaty, ma zostać radca dworu Langer, prof. anatomii opisowéj w Wydziale lek. wiedeńskim.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr Jerzy Wegener w Berlinie mianowany starszym lekarzem nowego szpitala miejskiego w Szczecinie. — Prof. Quincke otrzymał katedrę opróżnioną w Kielu po Bartelsie — Prymaryjusz w szpitalu powszechn. wiedeńskim Dr. Standhartner otrzymał order pruski orła czerwonego 3ciéj kl. — Dr. Wilhelm Lubelski syn (w Warszawie) otrzymał krzyż kawaler. orderu legii honorowéj.

* **Nekrologija.** W Wrocławiu † Dr. Lewald docent prywatny. — W Rehme znakomity balneolog Dr. Juliusz Braun, autor cennego dzieła i wielu rozpraw.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igu. Stelela

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Expedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 21 września 1878. № 38. Rok XVII.

I. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. Bolesław Serkowski,
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37.)

14. Kiła. *(Syphilis.)*

I w kile najstaranniejsze poszukiwania syfilidologów nie zdołały dotychczas wykryć zarazka kilowego, chociaż o istnieniu jego nikt nie wątpi. Wiemy, że zarazek ten tkwi we krwi, w gruczołach limfatycznych, w wrzodzie pierwotnym, w wydzielinie wyrośli kiłowych, w treści wysypek i innych przeróżnych zboczeń kiłowych, nie tkwi zaś ani w ślinie, ani mleku, pocie, łzach, moczu kiłowych, zmysłami naszemi jednak ująć go jeszcze nie potrafiliśmy. Przed kilku laty narobiło rozgłosu odkrycie przez Lostorfera we krwi kiłowych ciałek podobnych, jakie Chouveau i Bourdon Sanderson odkryli w krowiance, tj. ciałek drobnych, okrągłych, mocno światło łamiących czyli połyskujących.

Lostorfer brał krew chorych na kiłę, przechowywał ją pod dzwonem, w którym umieszczone było naczynie z wodą przepędzoną, w ciepłocie 14 — 18°, w celu hodowli grzybków i badał krew pod drobnowidem. Po upływie 3 — 4 dni widzieć można w niéj wzmiankowane ciałka postaci punkcików kątowatych, umieszczone w surowicy pomiędzy ciałkami krwi. W następnych dniach (5 — 6) powiększają się one co do ilości i wielkości, największe dochodzą do wielkości ciałek barwnych krwi, od nich wychodzą cieńkie niteczki, które Lostorfer uważał za wyrostki przez pączkowanie powstałe *(Sprossenbildung)*, z niteczek tych znowu podobne ciałka tworzyć się miały, a pomiędzy niemi powstawały przestrzenie wolne *(vacuolae)*. Takie same ciałka powstają według badań prof. Biesiadeckiego i we krwi osób niekiłowych, lecz zwykle dopiero około dnia 7 lub 8go i w mniejszéj ilości.

Wedl i Röbner w roku 1872 zbijali twierdzenie Lostorfera, jakoby powyższe ciałka cechowały krew kiłową, utrzymywali, że są to ciałka tłuszczowe, gdyż światło mocno załamują, mają połysk zielonawo-niebieski i ponieważ mleczanka oleista pod drobnowidem te same ciałka wykazuje; takie same ciałka mają według nich powstawać w każdéj krwi świeżéj, jeśli przez nią woda przepędzona się przepuści, a zwłaszcza też we krwi obfitującéj w ciałka białe, jaką jest krew kiłowa.

Biesiadecki (Przegląd Lek. 1872. Nr. 13, 14, 16. Uwagi nad ciałkami kiłowemi Lostorfera.) na podstawie licznych swych doświadczeń twierdzi, iż ciałka te nie są z pewnością ciałkami tłuszczowemi, że są o tyle cechującemi kiłę, iż daleko wcześniéj i w większéj ilości się tworzą we krwi kiłowéj niżli we krwi niekiłowych; z pomiędzy wielu chorych, których krew badano, widział je tylko w mnogiéj ilości u chorego dotkniętego czarną krostą *(pustula maligna)*.

Następnie prof. Biesiadecki wspólnie z prof. Stopczańskim robiąc próby chemiczno-drobnowidowe przekonali się i chemicznie stwierdzili, że ciałka te są strąconą ze krwi paraglobulinem, który przez rozcieńczenie wodą i pod wpływem wywiązującego się kwasu węglowego łatwo się strąca. Czy we krwi kiłowéj więcéj jest paraglobulinu, czy mniéj istoty włóknikotwórczéj *(subst. fibrinogena)*, przez co mniéj włóknika się tworzy a tém samem więcéj paraglobulinu zostaje w rozpuszczeniu, tego Biesiadecki nie chce rozstrzygać. Twory zaś podobne do grzybków, jakie niekiedy we krwi badanéj się znachodzą, pochodzą prawdopodobnie od czworniaka *(sarcina)*, który częstokroć przypadkowo do wyrobów drobnowidowych się dostaje a następnie ziarnisto rozpada.

W ten więc sposób rozwiane zostały entuzyjastyczne nadzieje tych, którzy mniemali, że wykryta została prawdziwa istota kiły, na rozwoju grzybka polegać mająca, lub że przynajmniéj wykryty został przenośnik jadu kiłowego, a ciałka Lostorfera dawszy świadectwo spostrzegawczego ducha swemu wynalazcy zapadły znów od lat 6ciu w pomrokę milczenia.

Wiewiór i kiła nie należą właściwie do chorób fermentacyjnych, gdyż rzadko tylko wywołują fermentacyję we krwi

objawiającą się gorączką; dla uzupełnienia jednak wiadomości o chorobach grzybkowych tu podane zostały.

IV. Choroby miazmatyczno-zaraźliwe. *(Morbi miasmatico-contagiosi.)*

Są to takie choroby, których pierwotny zarazek wprawdzie w chorym ustroju się rozmnaża, ale tenże nie zaraża bezpośrednio drugiéj osoby z chorym styczność mającéj, dostać się musi pierwéj na zewnątrz, rozwija się na zewnątrz ustroju np. w odchodach, wychodkach, wodzie gruntowéj, studniach nieczystych, a z tych albo za pośrednictwem powietrza oddychanego, albo za pośrednictwem wody dostaje się do naszych ustrojów, które zaraża i w których w ten sam sposób się mnoży.

15. Błonica. *(Diphtheritis.)*

Błonica jest skazą krwi bezwątpienia na dostaniu się zaczynów roślinnych do krwi polegającą. (Oertel w Ziemssenie II. I. 1. str. 564.) Oertel i Hueter, Hallier, Jaden, Laycock, Waden, Buhl stwierdzili w wypocinach dyfterytycznych obecność wielkiéj ilości grzybków, które podług podziału Cohna należą do rodzaju zaczynnika *(micrococcus)* i prątka pałeczkowego *(bacterium termo)*. Grzybki te występują już w pierwszéj warstwie wypociny szaréj, jaka na migdałkach śród towarzyszącéj gorączki się pojawia. Grzybki te przeszczepione na inne zwierzęta nadzwyczaj szybko się rozmnażały, przedstawiając obraz błonicy najprzód miejscowéj a następnie dopiero ogólnéj, z któréj zwierzęta zawsze ginęły. Gdy te prątki błonicowe czyto kuliste *(sphaerobacterium, micrococcus)*, czyto pręcikowe *(bacterium termo)*, rozwijać się poczynają, giną inne pasorzytne grzybki, które zapaleniu gardła nieżytowemu lub rtęciowemu towarzyszą np. *leptotrix buccalis, spirillum tenue, spirillum nudula.*

Wprawdzie Steiner, Karsten (Steiner w dziele Ziemssena Croup IV. I. 1. str. 241.) twierdzą, że wypociny błonicowe już istniejące są tylko gruntem sprzyjającym dla rozwoju tych grzybków i że nie należy ich dlatego za grzybki pasorzytne uważać, ponieważ nie wrastają one z zewnątrz do komórek zwierzęcych, lecz wytwarzają się wewnątrz komórek, podobnie jak komórki ropy; to jednak według mego zdania nie może zachwiać przekonania o naturze grzybkowéj téj choroby stwierdzonéj przez tylu badaczy, a głównie przez szczepienie na zwierzętach; wnikanie tych grzybków do komórek może częścią być sprawą czysto miejscową, częścią może się już we krwi rozpoczynać.

Grzybki te zatykając przewody naczyń limfatycznych i naczyń krwionośnych stają się powodem obumarcia tkanin i rozkładu tychże, zapalenia sąsiednich gruczołów limfatycznych i ogólnego zakażenia (forma gnilna).

16. Czerwonka. *(Dysenteria.)*

Niektórzy badacze uważają zmiany w kiszkach grubych przez czerwonkę wywołane za sprawę dyfterytyczną podobną do błoniawy w gardle. Podług tego przypuszczenia polegałaby czerwonka na dostaniu się zaczynnika *(micrococcus)* do kiszki odchodowéj. Gdy jednakże nigdy lub bardzo mało wydarza się, by w czasie panującéj błonicy pojawiała się nagminna czerwonka, lub naodwrót by w czasie nagminnéj czerwonki błonica się pojawiała, przeto polegać muszą obie sprawy na odmiennych zaczynach chorobowych, a nawet czerwonka należeć się zdaje więcéj do chorób miazmatycznych lub miazmatyczno-zaraźliwych, niż do chorób bezpośrednio zaraźliwych.

Ponieważ zaczynnika téj choroby wcale nie znamy, więc nie będziemy się nad nią dłużéj rozwodzić.

17. Dur brzuszny. *(Typhus abdom.)*

Dotychczas zarazek duru brzusznego równie jak i duru wysypkowego optycznie wykazany nie został, a chociaż Klob i inni upatrywali w przewodzie pokarmowym grzybki mające cechować dur brzuszny, to wkrótce pokazało się, że takie same grzybki (przeważnie *bacterium termo)* znajdują się w przewodzie pokarmowym najzdrowszych ludzi w bardzo wielkiéj ilości.

18. Cholera.

Między badaczami, którzy starali się dowieść, że istota cholery polega na mnożeniu się zaczynów grzybkowych w ustroju, odznaczyli się anatom Klob w Wiedniu, botanik Hallier w Jenie i Thomé. W istocie śluzowéj odchodów cholerycznych znalazł Klob pod drobnowidem mnóstwo drobniutkich ziarneczek spojonych masą galaretowatą, trudną do odróżnienia z powodu swéj przeźroczystości. Ziarneczka te mnożą się i rosną, zamieniają się na prątki, które układają się w groniaste postacie i dzielą się przez przewężanie. Utwory te podobne są do przybłonka opylonego włoskowcem *(leptotrix buccalis)*.

Taki sam grzybek składający się z ziarneczek spojonych ze sobą istotą galaretowatą opisał Cohn pod nazwiskiem *zoogloea termo.* Pojedyncze prątki tegoż w dalszym rozwoju szeregują się w łańcuszkowate twory.

W tym samym roku 1867 opisał Thomé w archiwie Virchowa podobne ciałka, które znalazł w odchodach cholerycznych, nazwał on je *cylindrotaenium cholerae asiaticae.* Przy sztucznem hodowaniu w białku i glicerynie bardzo szybko się rozwijały, w którym to stopniu rozwoju nazwał je Thomé drożdżami cholerycznemi. Inni uważają twory przez Thomégo opisane za grzybek mlekowy *oidium lactis.* W tym samym czasie Hallier w Jenie robił liczne doświadczenia hodując grzybki choleryczne, lecz wychodził on z tego mylnego zapatrywania, że wszystkie twory grzybkowate tworzące drożdże, pleśnie itp. są kiściakami *(penicilium)*, które z odmianą gruntu odmienne formy tworzy; dlatego też uważa on grzybki choleryczne Kloba i Thomégo za odmianę kiściaka albo śnieci *(urocystis)* [1]. Akta w tym przedmiocie dalekiemi są od zamknięcia, gdyż inni badacze twierdzą, że podobne grzybki w każdym ustroju jeśli nie zawsze, to dość często się znachodzą. Zależeć to ma od przypadkowego dostania się grzybków do przewodu pokarmowego.

19. Dżuma. *(Pestis; Bubonen-Pest.)*

Zarazka dżumy wcale nie znamy. Wiemy tylko, że zarazek ten jest bardzo przenośny i bardzo trwały, tak, że groby zadżumionych po kilkuset latach otwarte mają z całą gwałtownością straszną tę chorobę szerzyć. Natomiast z osoby na osobę zaraza ta podobno nie łatwo się przenosi. Dlatego policzyliśmy ją do miazmatyczno-zaraźliwych.

---

[1] Bliższe szczegóły w tym przedmiocie pod względem cholery czytelnicy znaleźć mogą w obszernéj pracy Lutostańskiego: Jad cholery etc. Przegląd Lek. 1867 i 1868.

20. Zapalenie błon mózgowych nagminne *(Meningitis cerebro-spinalis epidemica.)*

Obecnie nikt nie wątpi, że choroba ta należy do zakaźnych, jest tylko rzeczą nierozstrzygniętą, czy jad téj choroby jest zarazkiem *(contagium)*, lub miazmatem. Coraz więcéj rozpowszechnia się mniemanie, że choroba ta podobnie jak czerwonka jest natury miazmatyczno-zaraźliwéj, tj. że zarazek wprawdzie od człowieka chorego pochodzić musi, ale zewnątrz organizmu się wykształca: tak wykształcony dopiero inne osoby zazwyczaj młode do téj choroby skłonne nagabuje. Najczęściéj choroba ta występuje nagminnie jako epidemija miejscowa np. w koszarach, więzieniach itp. Zarazka téj choroby dotychczas optycznie nie poznano. (Ziemssen II. 1. 2.)

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie z roku 1877.

Skreślił Dr. **Maciéj Leon Jakubowski,**
Profesor kliniki pedijatrycznéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37.)

III. Choroby zakaźne i zaraźliwe.

Skorowidz.

	Ospa		Płonica		Odra		Dur (brzuszny)		Błonica		Krztusiec		Czerwonka		Zimnica	
	przyjęto	zapadło w szpitalu	przyjęto	zapadło w szpitalu	przyjęto	zapadło w szpitalu	przyjęto	zapadło w szpitalu	przyjęto	zapadło w szpitalu	przyjęto	zapadło w szpitalu	przyjęto	zapadło w szpitalu	przyjęto	zapadło w szpitalu
Styczeń	7	2	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Luty	3	3	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	6	3
Marzec	11	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3
Kwiecień	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Maj	7	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Czerwiec	3	4	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Lipiec	5	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Sierpień	2	2	1	—	11	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Wrzesień	—	1	3	—	12	10	1	—	—	—	1	—	1	4	—	—
Paździer.	—	3	3	3	15	8	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—
Listopad	3	—	3	2	10	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Grudzień	4	8	—	—	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ogółem	48	33	14	8	50	26	3	1	2	1	3	—	5	7	10	6*)
Umarło	24	16	4	4	6	8	—	—	2	1	—	—	2	2	—	—

A) Ospa. Dołączona tablica wykazuje, że chorzy z ospą znajdowali się w szpitalu przez rok cały. Na 684 przyjęto 48 przypadków (7%), w zakładzie dostało jéj przez udzielenie się 33 dzieci (5%). Ogółem było ospowych 81 (12%). Z tych umarło 40, co wynosi 6% względnie ogólnéj liczby chorych, a 50% w stosunku do przypadków saméj choroby.

Smutną zaprawdę jest okolicznością, że w szpitalu, którego celem jest usuwanie chorób, dzieci przybywające z małoznaczącemi nieraz przypadłościami, ulegają chorobie ciężkiéj, niebezpiecznéj ospie. Wina jednakowoż nie ciąży na zakładzie. Przy budowaniu szpitala św. Ludwika szczególną zwracano uwagę, by dla osutek ostrych, zaraźliwych, osobne urządzić lokale; ale dotychczasowe oddzielenie okazało się niedostateczne i takiém pozostanie, dopóki zakład nie będzie uwolniony od obowiązku przyjmowania ospowych, lub dopóki dla nich Towarzystwo nie zbuduje osobnego pawilonu. Do szpitali dzieci w Wiedniu, Pradze i innych, nie tylko ospowych wcale nie przyjmują, ale nawet jeżeli przypadkowo dziecię chore zostające w szpitalu ospy dostanie, odsyła się je natychmiast do szpitala barakowego dla ospowych. Gdy w Krakowie nie ma i nigdy nie było takiego barakowego szpitala, a na prywatny zakład św. Ludwika narzucony został obowiązek pielęgnowania ospowych dzieci, przeto ani Towarzystwo, ani kierujący szpitalem nie poczuwają się do winy za smutne skutki, ubolewać tylko mogą nad faktem, że w ich murach zaraziło się ospą 33 dzieci, i z tych połowa umarła. Ulegając konieczności, kierujący zakładem czynił co było można; mieścił ospowych w osobnéj kurytarzem i sionką od innych lokali ogrodzonéj sali, przydzielił do nich dwie osobne posługaczki, przeznaczył oddzielną bieliznę, pościel i sprzęty, wreszcie zarządził i czuwał nad odpowiedniém odwanianiem. Lecz wszystkie ostrożności nie mogły położyć tamy przenoszeniu się zarazy na inne dzieci zostające w szpitalu, zwłaszcza że większa część z nich nie była szczepioną. Na 81 ospowych u dwojga tylko dzieci znaleziono blizny poszczepienne a 79 było wcale nieszczepionych.

W miesiącu styczniu po pojawieniu się pierwszych przypadków ospy, rozciągnięto kontrolę nad wszystkiemi dziećmi będącemi w szpitalu w celu przekonania się, czy i w jaki sposób zostały zaszczepione. Badania caloroczne wykazały:

A. Zaszczepionych było:
- *a)* z 4 bliznami 8
- *b)* z 3 bliznami 15
- *c)* z 2 bliznami 179
- *d)* z 1 blizną 55

} 257

B. Niezaszczepionych . . . 369

C. Nieuskuteczniono kontroli u 58

Razem 684

Zatém na 626 dzieci zbadanych znaleziono zaszczepionych i to przeważnie niedostatecznie i nieodpowiednio obowiązującym przepisom tylko 257 (41%), a wcale nieszczepionych 369 (59%). Opierając się na tém obliczeniu prawie z pewnością wnioskować można, że w mieście naszém między uboższą ludnością zaledwie mniejsza połowa dzieci jest szczepioną, i dla tego bez przerwy wydarzają się pojedyncze przypadki ospy naturalnéj, sprowadzające od czasu do czasu większe nagminne nasilenia, a szpital mając w leczeniu przeważnie dzieci nieszczepione, mimo wszelkich ostrożności wśród nagminnie panującéj ospy szerzeniu się tejże wśród zakładu zapobiedz nie zdoła.

B. Płonicy było przypadków 22 (3%), z tych 14 przyjęto z miasta, 8 nabyło choroby w zakładzie. Z liczby powyższéj zmarło 8 (36%). Przy nie wielkiéj stosunkowo liczbie dzieci nawiedzonych od płonicy przebiegi przeważnie były ciężkie, gdyż zwykle rodzice oddawali dzieci nie z początkiem choroby, lecz dopiero z groźnemi następstwami. W siedmiu tylko przypadkach przebieg wysypki prawidłowym postępował torem *(scarlatina legitima)*, u trzynastu dzieci spostrzegano zapalenie nerek i puchlinę a między temi u trojga wywiązało się jeszcze zatrucie mocznicowe. Wiklanie się płonicy z wypociną błonicową migdałów i połyku widziano tylko u dwojga dzieci.

C. Odra wystąpiła nagminnie w drugiéj połowie sierpnia utrzymując się bez przerwy do końca roku. W tym

---

*) Cyfrą tą objęte są tylko dzieci z świeżemi napadami zimnicy; wielką liczbę chorych (245) z długotrwalemi obrzękami śledziony podałem już wyżéj przy opisie charłactwa pozimniczego.

czasie przyjęto 50, w zakładzie udzieliła się choroba 26, ogółem leczono 76 dzieci (11%). Z początku przebieg odry był łagodny, prawidłowy, dopiero przy końcu października łączyła się często z zapaleniem płuc, zabierając 14 ofiar (18·5%).

Z innych chorób zakaźnych ostrych wśród roku pojedyncze tylko spostrzegano przypadki, nie zatrzymując się też nad bliższém ich opisem, ograniczam się do wyżéj podanego wykazu liczebnego.

IV. Choroby poszczególnych narządów.

Obok licznego zastępu dzieci z charłactwami, chorobami zakaźnemi i zaraźliwemi, mniejszą stosunkowo była liczba z cierpieniami ostremi lub przewłocznemi poszczególnych narządów, jak wskazuje załączona tablica:

Choroba	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	Razem
A) Choroby układu nerwowego [1]													
Zapalenie zwykłe opon mózgowych	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	1	—	8
Zapalenie opon mózgowych i rdzeniowych	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	4
Puchlina mózgowa przewlekła	1	—	—	—	—	2	1	1	—	1	—	—	6
Porażenia rozległe z niedołęztwem po przebytych chorobach mózgowych	3	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5
Pląsawica	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Padaczka	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
B) Choroby narządu oddechowego [2]													
Zapalenie krtani nieżytowe	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3
Dławiec i błonica krtani	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2	—	4
Zapalenie oskrzeli	7	—	4	—	4	—	2	2	5	4	—	2	30
Zapalenie płuc	7	5	9	3	5	—	3	1	3	6	6	2	50
Zapalenie opłucnéj	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	5
C) Choroby narządu krążenia													
Wady organiczne zastawek sercowych	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	3
D) Choroby narządu pokarmowego [3]													
Niestrawność	4	1	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	9
Nieżyt kiszkowy	5	—	2	5	4	2	6	6	8	5	5	4	52
Zapalenie kiszek grubych	—	—	—	3	2	—	2	—	2	—	—	—	9
E) Choroby narządu moczopłciowego [4]													
Kamień moczowy w cewce moczowéj	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
F) Choroby zewnętrzne													
Oparzenia	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	5
Potłuczenia	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	3
Złamanie kości	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
G) Zboczenia rozwojowe													
Małogłowie z niedołęztwem	2	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	6
Warga zajęcza	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Skrzywienie szyi (Torticollis) wrodzone	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Wykrzywienie kolan wrodzone (genu valgum)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1

V. Operacyje.

Szpital św. Ludwika nie ma dotąd osobnéj sali dla chorych potrzebujących leczenia chirurgicznego; trudność urządzenia jéj leży po części w braku miejsca, po części i w tém, że w zakładzie ciągle przebywają dzieci z różnemi osutkami ostremi i innemi chorobami zakaźnemi, mogącemi się łatwo przenosić na operowanych. Dla tego zdaniem mojém korzystniejsze i bezpieczniejsze dla dzieci z przypadkami chirurgicznemi jest lokowanie ich na klinice chirurgicznéj lub na odpowiednim oddziale szpitala św. Łazarza. Gdy jednak towarzystwo wybuduje osobny pawilon dla chorych wysypkowych, a tém samém w budynku głównym nie tylko będzie więcéj miejsca, ale także zmniejszy się niebezpieczeństwo udzielania się chorób zakaźnych, postaram się o urządzenie osobnéj sali dla chorych chirurgicznych, i to głównie dla przypadków wymagających systematycznego dłuższego leczenia ortopedycznego.

Pomimo trudności w przyjmowaniu przypadków chirurgicznych, dokonano w roku 1877 w szpitalu św. Ludwika następujących rękoczynów chirurgicznych:

Prof. Bryk uskutecznił cztery resekcyje w stawach i dwa razy skrobania martwinowych cząstek kości. Wyniki tych operacyj podałem już wyżéj przy opisie gruźlicy i zołzów.

Prymaryjusz Dr. Obaliński dokonał trzy razy przecięcia tchawicy w przebiegu dławca, lecz wszystkie trzy przypadki zakończyły się śmiercią. Niekorzystny przebieg po operacyi przypisać należy częścią temu, że każdym razem podejmowano tracheotomiję w wysokim stopniu zamartwicy, częścią zaś, że operowane dzieci były bardzo młode, (dwoje w trzecim a jedno w piątym roku życia) w wieku, w którym wyniki po przecięciu tchawicy bardzo rzadko łączą się z pomyślnym skutkiem.

Z pomniejszych operacyj dokonano:

Wydobycia bezkrwawego kamienia moczowego zagłobionego w cewce moczowéj 1 raz.

Wydobycia ciał obcych z przewodów nosowych 2 razy; z przewodu ucha zewnętrznego 3 razy.

Wydobycia martwinowych cząstek kości szczękowych wśród złośliwego przebiegu dzięgny 7 razy. Ropni otwarto 65.

[1] Nie wliczając 6 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych, podanych przy opisie gruźlicy i zołzów.

[2] Z wykluczeniem 12 przypadków ostréj gruźlicy płuc i 34 przypadków przerostu gruczołów oskrzelowych obok nacieków gruźliczych miąższu płucnego.

[3] 29 przypadków dzięgny podano przy opisie charłactwa pozimniczego 15 przerostów gruczołów kreskowych z następowém wyniszczeniem przy wykazie chorych gruźliczych i zołzowych. W szczegółowym spisie chorób zakaźnych umieszczono 2 przypadki wypociny błonicowéj na migdałach w przebiegu płonicy 4 przypadki duru brzusznego i 12 czerwonki.

[4] 13 przypadków zapalenia nerek podano przy opisie płonicy samoistnego zapalenia tego narządu nie spostrzegano.

VI. Śmiertelność.

Na 631 dzieci, które przebyły leczenie, zmarło 178=28·2%, a z tych w skutek chorób zakaźnych 74 (11·7%), na choroby przewlekłe i przypadkowe ostre poszczególnych narządów 104 (16·5%). Ten odsetek śmiertelności w zakładzie naszym okazuje się bardzo dużym, zwłaszcza porównywając go z wykazami innych szpitali dzieci. I tak np. ze sprawozdania szpitala św. Anny w Wiedniu z roku 1877 dowiadujemy się, że śmiertelność tamże wynosiła 16·0%. Znaczna różnica odsetków śmiertelności w porównaniu z wykazem moim jest tylko pozorną, wynikająca po części z różnicy sposobu obliczania procentowego, po części ztąd, że do szpitala wiedeńskiego nie przyjmują pewnéj kategoryi chorych, przyczyniających się głównie do większéj śmiertelności. I tak w powołaném sprawozdaniu szpitala św. Anny czytamy, że na 937 dzieci przyjętych zmarło 214 a po potrąceniu 67 przypadków śmierci powstałéj w pierwszych 24 godzinach po przyjęciu do szpitala śmiertelność wynosi 16·9%. Nadto pamiętać należy, że do szpitala św. Anny nie przyjmują wcale ospy, a każden nawet w zakładzie rozwijający się przypadek tejże, bywa natychmiast odsyłany na ogólny oddział ospowy. Obliczając według téj zasady śmiertelność naszego szpitala to po potrąceniu z liczby 178, 26 przypadków śmierci w pierwszych 24 godzinach po przyjęciu i 40 umarłych w skutek ospy, pozostanie 112 na 621 leczonych, to jest 18%. Uważałem za rzecz odpowiednią zwrócić uwagę na powyższe stosunki, a to po części ze względu, aby czytelnicy nie przychodzili do błędnych wniosków, że śmiertelność w zakładzie naszym jest znacznie większą niż w innych szpitalach dzieci, po części zaś aby wykazać jak wielkie bywają różnice w obliczeniu procentowém, gdy zakłady w tym kierunku nie trzymają się jednakowych zasad.

Z liczby 178 zmarłych było:

A. w uwzględnieniu płci i pory roku:

Styczeń	chłopców 8	dziewcząt 5	razem 13	kwartał I = 36
Luty	„ 2	„ 4	„ 6	
Marzec	„ 10	„ 7	„ 17	
Kwiecień	„ 6	„ 7	„ 13	kwartał II = 42
Maj	„ 6	„ 11	„ 17	
Czerwiec	„ 7	„ 5	„ 12	
Lipiec	„ 3	„ 4	„ 7	kwartał III = 31
Sierpień	„ 5	„ 5	„ 10	
Wrzesień	„ 4	„ 10	„ 14	
Październik	„ 17	„ 14	„ 31	kwartał IV = 69
Listopad	„ 10	„ 9	„ 19	
Grudzień	„ 10	„ 9	„ 19	
Ogółem	„ 88	„ 90	„ 178	

B. w uwzględnieniu wieku:

W pierwszym roku życia	na 22 leczonych	zmarło	15=68·20%
Od 1 do 3 „	„ na 228	„ „	92=40·35%
Od 4 do 7 „	„ na 193	„ „	40=20·72%
Od 8 do 12 lat	„ na 188	„ „	31=16·50%

Zestawienie wykazuje dawno już znane prawidło, że im dzieci są młodsze, tém procent śmiertelności jest większy.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. C. M. Brosius (w Bendorf-Sayn pod Koblencyją): **Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit. Eine Adresse an die prakt. Aerzte.** Berlin 1878, in 8vo, str. 40. (Cena 0·80 marki.)

W ciągu roku bieżącego pojawiło się kilka pięknych rozpraw i dzieł psychijatrycznych, z których po kolei zamierzamy zdać sprawę. Rozpoczynamy od broszurki niepokaźnej na pierwszy rzut oka, ale mieszczącéj w sobie wiele prawd, zaczerpniętych z bogatego doświadczenia a podanych w szacie skromnéj, nie roszczącéj sobie pretensyi do górnolotnéj uczoności. Z tego właśnie powodu rozprawka czyta się z prawdziwą przyjemnością i korzyścią, a wynosi się wrażenie, jakoby nas doświadczony i trzeźwy psychijatryk oprowadził po swoim zakładzie i począwszy od miejscowości, służby, przyjęcia chorych aż do ich leczenia i wypuszczenia pouczył nas o wszystkich szczegółach odnoszących się do leczenia i pielęgnowania chorych na umyśle. To też rozstajemy się z rozprawą Brosiusa, jak opuszczamy zakład dobrze urządzony, którego zwiedzeniu poświęciliśmy czas dłuższy, przyznając z zadowoleniem, że czas i trud sowicie się opłaciły.

Autor posiadający 2 ściśle od siebie odgraniczone przytuliska (Bendorf i Sayn) pod Koblencyją utyskuje przedewszystkiém na brak dobrych posługaczy, których liczba coraz bardziéj się zmniejsza, podczas gdy liczba obłąkanych wzrasta; tym sposobem kwestyja posługaczy stała się kwestyją żywotną dla przytulisk. Dobre urządzenie zakładu, spokój, powietrze świeże, dobre pożywienie, oto główne podstawy leczenia i pielęgnowania chorych na umyśle. Środki lekarskie nie skracają biegu obłąkania, ale czasem są zdolne zmniejszyć jego natężenie i uczynić je znośniejszém tak dla chorych jak dla otaczających. Makowiec, chloral, morfin podskórnie użyty, bromek potasu, elektryczość, kąpiele, są to czynniki bardzo ważne, ale nikt nie może twierdzić, aby one wpływały na uleczenie. Zmniejszająca się zaś w zakładach śmiertelność obłąkanych jest wynikiem dobrego urządzenia, żywienia, dobrego powietrza itp. warunków higijenicznych. W ciągu lat 20 (1857—1877) w obydwóch zakładach przebywało 288 chorych, z których 158 przyjęto nieuleczalnych; z liczby 130 prawdopodobnie uleczalnych odzyskało zdrowie umysłowe 70=54%, a średni czas leczenia wynosił 5⁶/₇ miesiąca. Im wcześniéj obłąkani wstępują do zakładu, tém więcéj ich i tém prędzéj odzyskuje zdrowie. Przez wyzdrowienie atoli niekoniecznie rozumieć należy bezwzględny powrót do stanu dawnego, albowiem jak choroby dróg oddechowych, choroby oczne itd. pozostawiają czasem pewne zmiany stałe, tak i po chorobach umysłowych pozostaje czasem jakieś „psychiczne coś“, którego dawniéj niebyło, jak np. niejaka gnuśność w myśleniu, słabsza pamięć, brak energii i wytrwałości, szybkie nużenie się śród prac umysłowych itd., ale jeżeli były pacyjent staje się zdolnym do prac zwykłych, wtedy w znaczeniu praktycznem może być mowa o wyzdrowieniu. Czasem zmiany pozostające po chorobie są nawet korzystnemi; człowiek nie jest tym samym co dawniéj, ale jest lepszym, znośniejszym dla otaczających. Najczęściéj zdarza się polepszenie i pozorne uleczenie w obłąkaniu peryjodycznem, nader rzadko w niedołęztwie porażennem, które w nowszych czasach niestety staje się chorobą modną w wyższych warstwach społeczeństwa; to też chorzy ci w przytuliskach

Brosiusa stanowili $^{1}/_{6}$ część wszystkich chorych, a w r. 1866 nawet $^{1}/_{3}$ część; uleczenie należy do wyjątków, jeżeli się wykluczy obłąkanie na tle kilowém i po nadużyciu wyskoku występujące, a przebiegające często śród porażeń. Nie sprawdza się też przypuszczenie dawniejsze, że niedołęztwo porażenne w ciągu 3—4 lat zakończa się śmiercią; są przypadki trwające 20 lat, a bieg 6 letni wcale nie jest rzadkim. Autor wypuszcza z zakładu i chorych polepszonych, jakkolwiek nie całkiem uleczonych, jeżeli chorzy tęsknią bardzo za domem oraz jeżeli polepszenie nie postępuje, ale w obydwóch razach dalszy los chorego zależy od harmonii pomiędzy lekarzem domowym a zakładowym. W ciągu 20 lat autor miał 5 przypadków samobójstwa pomimo ścisłego dozoru; ale też przypadkom takim czasem żadną miarą zapobiegać nie można, z czego wynika, że jak najniesłuszniéj obwiniamy lekarzy i posługaczy, jeżeli nieszczęście się zdarza w zakładzie wielkim. Pomiędzy obchodzeniem się z chorymi uleczalnymi a nieuleczalnymi zachodzi wielka różnica: pierwszym służy najlepiéj samotność, tak że należy jak najmniéj dbać o nich, oczywiście nie zaniedbując ich; ostatnich należy traktować jak zdrowych na umyśle, powinni oni żyć w miarę możności swobodnie i brać udział w zabawach i robotach. Ale tu działanie lekarza i podwładnych ma rozległe pole, bo im większa jest swoboda obłąkanych, tém mniejszą jest wolność pierwszych, ale też tém większą ich zasługa. Autor niema nic przeciwko pielęgnowaniu i leczeniu chorych po za zakładem, w domu prywatnym, jeżeli stosunki materyjalne na to zezwalają, aby utrzymać odpowiednich posługaczy i jeżeli wspólmieszkańcy domu na to się zgadzają, ale też wtedy mieszkanie prywatne staje się zakładem, jakkolwiek nazywa się mieszkaniem a nie zakładem. Ważnemi i praktycznemi są wskazówki doświadczonego autora pod względem przenoszenia chorych do zakładu: oświadcza on się stanowczo przeciw użyciu podstępu, gdyż takowy mści się w sposób dotkliwy i staje się mianowicie powodem, że chory przemyśliwa ciągle nad ucieczką ze swego więzienia, że niedowierza nikomu a rodzinę obwinia o umyślne pozbawienie go wolności. Choremu można powiedzieć, że się go wiezie do specyjalisty, a w razie potrzeby lepiéj od razu użyć przymusu, bo prędzéj uspokaja się chory pod przymusem oddany do zakładu, aniżeli podstępnie odwieziony. Podstęp jest wygodniejszym dla towarzyszących choremu, ale szkodliwszym dla ostatniego. Jeżeli jednak choremu oznajmia się potrzebę oddania go do zakładu, należy takowe wykonać natychmiast, bo czas pomiędzy oznajmieniem a wykonaniem jest niebezpiecznym. Często rodzina mająca wstręt do zakładów oddaje chorego do zakładu wodoleczniczego. Autor nie zaprzecza, że w takim zakładzie, jeżeli kierujący nim ma doświadczenie psychijatryczne, wyleczenie chorego może nastąpić, zwłaszcza, jeżeli zakład nie jest wielkim, a chory w nim spokój znajduje. Wprawdzie wielu obłąkanych nie znosi wcale zimnéj wody, ale łagodnie używana znajduje także zastósowanie w zakładach dla obłąkanych. Wielu chorych mogłoby pozostać w domu i leczyć się tamże, gdyby porzucając już raz zapatrywanie psychologiczne zechciano zgodzić się na to, że obłąkanie jest tylko objawem cierpienia fizycznego, cierpienia mózgowego, i gdyby lekarze zaprzestali chorych napominać, zachęcać, pocieszać a nawet grozić im, tak jakby mieli do czynienia ze zdrowymi. To leczenie psychologiczne (rozrywki, wizyty krewnych i przyjaciół itd.) nie jest niczém inném, jeno męczarnią psychiczną, stojącą w rażącéj sprzeczności z główną zasadą terapii rozumowéj, że dla organu chorego potrzeba przedewszystkiém spokoju, bezczynności. Gdyby każdy przypadek „zasępienia" lub „podniecenia" leczono w domu tak jak przypadek duru lub zapalenia opon mózgowych, gdyby każdego takiego chorego trzymano w odosobnieniu, w pokoju nawpół ciemnym, gdyby go uwolniono od wszelkich wizyt, pytań, propozycyj itd., słowem gdyby się jak najmniéj o niego troszczono, pamiętając tylko o jego potrzebach i bezpieczeństwie, wtedy niejeden chory na umyśle byłby wolny od zamknięcia w zakładzie. Mylném jest zapatrywanie, że odosobnienie i leżenie w łóżku zwiększają medytacyje chorego; owszem absolutny spokój jest jedynym środkiem zbawiennym i dla melancholika, podczas gdy „rozrywki" szkodzą mu nieskończenie. Niezbędnie potrzebném jest ułożenie poziome u kobiet zadumowych cierpiących zmianę położenia macicy. Do leczenia obłąkanych nie wystarczają same zakłady; pomoc otaczających chorego jest konieczną, dlatego pouczanie publiczności o istocie obłąkania, o jego przyczynach i środkach zapobiegawczych, o znaczeniu zakładów itd. jest obowiązkiem lekarzy praktycznych.

Otóż treściwe zestawienie głównych poglądów autora. Wszędzie przebija trzeźwość i szczerość, prostota i chęć podzielenia się doświadczeniem swojém. Praca nosząca na sobie tak szczytne znamiona nie potrzebuje szczególnego polecenia, a obfita i nader pouczająca treść najwymowniéj świadczy o jéj wartości. *L. Blumenstok.*

Dr. Boettger: **O nadużywaniu bromku potasu.**

Jak nadużycie środków zkądinąd tak zbawiennych jak chloroformu, chloralu, a głównie morfinu smutne za sobą pociąga następstwa, tak i nadużycie bromku potasu, który w ostatnich czasach bardzo często stósowany bywa w chorobach umysłowych i nerwowych, a głównie w padaczce, wywołuje cierpienie *sui generis*, tak zwaną bromicę, cechującą się wedle Seguina w Chicago, który pierwszy zwrócił na nią uwagę w lipcu r. z., osłabieniem znaczném ogólném, obniżeniem czynności sercowéj i ciepłoty w odnogach, szczególném upośledzeniem mowy i szczególną, słodkawą wonią przy oddychaniu chorego czuć się dającą, t. zw. przez Seguina oddechem bromowym. Czasem objawom tym towarzyszy wysypka grudkowa lub krostowa, która czasem znów staje się tak gęstą, jak w ospie. W wyższych stopniach bromicy występują osłupienie, upośledzenie pamięci i omamy w dziedzinie wszystkich zmysłów, drżenie mięśni, chód niepewny, gnuśne oddziaływanie źrenic; u mężczyzn zjawia się osłabienie zdolności płciowéj, u kobiet zboczenie miesiączki. W tym okresie trudno bromicę odróżnić od niedołęztwa porażennego, a tylko staranne wywiady i obserwacyja zdolne są odróżnić jednę chorobę od drugiéj; zresztą bromica wcale nie rzadko zakończa się śmiercią. Z tych powodów Seguin ostrzega przed nadużyciem bromku potasu.

B. jako przełożony przytuliska w Carlsfeld niedawno temu widział ciężki i bardzo ciekawy przypadek bromicy u mężczyzny 29-letniego, który odbywszy kampaniję niemiecko-francuską popadł w chorobę umysłową, a mianowicie w urojenie prześladowcze połączone z omamami. Z powodu bezsenności miał sobie przez lekarza zapisany bromek potasu (5—6 gramów dziennie), jednak wbrew poleceniu zażywał czasem 10—12 gr., a w ogóle począwszy od 2 czerwca do 1 paźdz. 1877 r. wyżył 1100 gramów. 19 paźdz.

przyjęty został do zakładu jako cierpiący niedołęztwo porażenne. Z powodu przykréj, szczególnéj woni z ust B. zaniechał stósowania bromku potasu, poczém stan w zadziwiający sposób się polepszył; chinin, żelazo, odpowiednie żywienie przyczyniły się do coraz większego polepszenia, tak że chory po upływie pół roku w zupełności odzyskał zdrowie fizyczne i umysłowe.

B. potwierdza więc w zupełności spostrzeżenia Seguina i również jak on zaleca baczność przy stosowaniu bromku potasu. *(Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie 1878, 3 Hft.)*

L. B.

Marion Sims: **O wymiotach w ciąży i ich leczeniu przez przyżeganie części pochwowéj.**

Powszechnie znaną jest zwiększona wrażliwość ustroju wśród ciąży, świadcząca wymownie o ścisłym związku, jaki zachodzi między narządami rodnemi a układem nerwowym mózgo-rdzeniowym. Żołądek zazwyczaj bywa pierwszym narządem, którego funkcyja ulega zaburzeniu w przebiegu ciąży. Współczulność ta żołądka objawia się w różnych stopniach nasilenia i różnych formach, od nadmiernie wzmożonego łaknienia aż do utraty czasem zupełnéj takowego, nudności i wymiotów, czasami gwałtownych i uporczywych. Zboczenie to może dochodzić do tak wysokiego stopnia, że odnośna chora nie jest w stanie zatrzymać nawet najdrobniejszych cząstek pokarmów i ulega skutkiem zagłodzenia znacznemu osłabieniu i wyniszczeniu.

Podane są nawet w literaturze przypadki śmierci skutkiem uporczywych wymiotów wśród ciąży, w których przypuszczano głębsze schorzenie żołądka, gdy oględziny pośmiertne nie wykazały żadnych zmian anatomicznych w żołądku. Wymioty pojawiają się czasem bardzo wcześnie w przebiegu ciąży, nie rzadko bezpośrednio po zastąpieniu, w innych przypadkach występują dopiéro w 4ym lub 5ym miesiącu.

Wymioty w ciąży są bezsprzecznie objawem odruchowym, wywołanym szybkim rozrostem i wzmożeniem odżywienia części rodnych.

Marion Sims i Jones kierowani myślą, czyby nie można przez silne zadraźnienie lub wywołanie powierzchownego zapalenia części pochwowéj macicy niejako skoncentrować objawy odruchowe w miejscu zadraźnienia i w ten sposób uspokoić wzmożoną odruchowość żołądka, doświadczali przyżegania części pochwowéj rozczynem azotanu srebrowego. Używali w tym celu rozczynu 8 na 40. Podają, iż po każdorazowém przyżegnięciu części pochwowéj skutek był zadziwiający: wymioty ustępowały prawie bezpośrednio i nie pojawiały się przez dłuższy przeciąg czasu. Gdy w dalszym przebiegu napowrót wystąpiły, powtórne przyżegnięcie niechybne ustąpienie takowych sprawiało. Bacząc na wielce szkodliwy wpływ wymiotów wśród ciąży na ogólne odżywienie i stan psychiczny niewiast dotkniętych, mielibyśmy w podanym sposobie leczenia nader cenny środek przeciw zboczeniu tak częstemu a nie obojętnemu. (*The Lancet 1878*).

Dr. Stanisław Ponikło.

J. Wolf (Berlin): **Nowy sposób bezkrwawego operowania za pomocą oziębiania i elewacyi.**

Przy doświadczeniach w innych celach przedsiębranych oznaczał W. ciepłotę ręki w pięści złożonéj przy różnych postawach tejże wraz z ramieniem i znalazł różnicę 5—7, a często nawet i więcéj stopni w ciepłocie ręki zwieszonéj w porównaniu z ręką podniesioną, i to w przeciągu 15—50 minut. Gdy za pomocą ściągającéj opaski Esmarcha w przeciągu 20 minut wywołać można spadek w ciepłocie o 4°, pokazuje się że sama elewacyja większy wywiera wpływ na obniżenie się ciepłoty niż ściąganie, co nabiera jeszcze tém większéj wagi jeżeli się uwzględni, że powrót do poprzedniéj ciepłoty odbywa się przy ściąganiu w kilka minut po odjęciu opaski, podczas gdy przy elewacyi odbywa on się bardzo powoli. Nadto pokazało się, że ważną rolę odgrywa tutaj ciepłota, która działa na rękę, np. za pośrednictwem powietrza lub wody, i tak woda zimna (0—5° C) zwątla tak dalece naczynia, że powrót do ciepłoty prawidłowéj odbywa się bardzo szybko nawet podczas elewacyi, podczas gdy oziębienie wodą mającą 15 do 20° C. utrzymuje sie tak długo, że nawet przy spuszczonéj ręce ciepłota w niéj nie przekracza przez kilka godzin 26° C. Na tych doświadczeniach opierając się użył W. tego sposobu, tj. oziębienia, przez 15—30 minut przed operacyją i elewacyi podczas operacyi w kilku przypadkach nawet ważniejszych, jak np. amputacyi Symego, z bardzo dobrym skutkiem, podnosząc jeszcze i tę zaletę, że nie widział tak znacznego krwawienia następowego, jak to często ma miejsce po odjęciu opaski Esmarcha. (*Centralblatt f. Chir.* 1878. Nr. 35). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 6go czerwca 1878 roku.

W nieobecności prezesa p. Mateckiego przewodniczy zebraniu Dr. Świderski.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dla Walnego Zebrania, mającego się odbyć dnia 24go czerwca rb., ułożono porządek dzienny.

3) Dr. Kaczorowski podaje kilka uwag nad przypadkiem rzekoméj ciąży zamacicznéj, o którym Dr. Grodzki zamierza mówić obszernie na Walném Zebraniu w czerwcu, a który z wielu kolegami tutejszymi miał sposobność widzenia w zakładzie św. Elżbiety. Zdaniem jednych chodzi tu o ciążę zamaciczną, zdaniem drugich o nowotwór wychodzący albo z części dodatkowych macicy, albo téż z miednicy. Przypadek ten dotyczy 40-letniéj kobiety, która od dziewięciu miesięcy nie ma regularności i do tutejszego zakładu Elżbiety przybyła celem odbycia porodu. Przy bliższém badaniu wykazało się, że chora cierpi nadto na silny wysięk opłucny, mający swe siedlisko po prawéj stronie i sprawiający mocną dychawicę. Podbrzusze silnie wydęte jak u niewiasty w ostatnim miesiącu ciąży; strona prawa mocniéj uwydatniona. Powłoki brzuszne nader wiotkie i cienkie; przez takowe namacać można wyraźnie twardą masę złudnie kształt płodu okazującą. Badając przez pochwę znajdujemy macicę nieco ku stronie lewéj i przodowi wypartą i mało co zwiększoną; po prawéj zaś stronie sklepienie pochwowe wyparte silnie ku dołowi. Przez sklepienie to łatwo namacać twarde, koliste ciało, które tak wielką jest otoczone masę płynu, iż cała masa twarda za każdém poruszeniem unosi się i opada; nadto środkiem guza, sklepienie wypierającego, nie trudno wyśledzić podłużną bruzdkę w środku nieco zagłębioną. Zdaniem Dra Kaczorowskiego wysięk opłucny tak z danych przy opukiwaniu, jak przy osłuchiwaniu nie przedstawia się jako prosty wysięk opłucny; upuszczony płyn za pomocą przyrządu Dieulafoya nie zawiera téż żadnych ciałek ropnych, lecz przedstawia się jako jasny i surowiczy. Dr. K. przypuszcza tedy, że w niniejszym przypadku chodzi o złośliwy nowotwór (prawdopodobnie rak) opłucny, który prócz téj błony surowiczéj zajmuje i błonę surowiczą jamy brzusznéj czyli otrzewną w okolicy miednicy. Tego samego prze-

konania jest Dr. Sęcki. Dr. Grodzki zaś, który pierwszy przypadek ten spostrzegał, i kilku innych kolegów mniema, iż rozchodzi się o ciążę pozamaciczną, sądząc *a)* z kształtu guza tak złudnie części płodowe przedstawiającego, *b)* z bólów podobnych do bólów porodowych. *c)* z kształtu sklepienia pochwowego, które twardém ciałem jest mocno zepchnięte ku dołowi i stoi niżéj, aniżéli część pochwowa macicy, *d)* wreszcie z zupełnego ustąpienia owych boleści, zdających się poród zapowiadać (Bliższe szczegóły o tym przypadku w natępnym protokóle.)

4) Następnie Dr. Kaczorowski opowiada, że po zastrzykiwaniach podskórnych eteru i chloroformu slyszy chorych użalających się na niezmierny ból bezpośrednio po zastrzyknięciu, a w dalszém następstwie widywał w miejscu, w które zastrzyknięto, zgorzelinę skóry w takiéj szerokości, w jakiéj wspomniane płyny rozprzestrzenić się mogły w tkance podskórnéj. Ostrzega więc przed używaniem tych środków u wrażliwych osób, a nadto przytacza następujący przypadek śmierci bezpośrednio po zastrzyknięciu pod skórę pełnéj strzykawki eteru. Niezamężna osoba, lat 35 mająca, od dawna niedokrwista i nerwowa, uległa durowi osutkowemu. W całym przebiegu choroby górowały bóle w krzyżu, odnogach, tyłogłowiu, a więc podrażnienie tylnych wiązek rdzenia pacierzowego; przeciwko boleściom tym pomyślnie oddziaływały małe ilości (0,0025) morfinu pod skórę zastrzykiwanego. Gorączka nie wykraczała zbytnio (rzadko nad 40,0°), ale tętno słabło coraz bardziéj (130—140) ku oczekiwanemu przesileniu, które się zwlekło aż do 17go dnia choroby. Ciepłota spadła wtedy na 38,0° tętno na 120, lecz chora zaczęła na dobre majaczyć, pojawiła się lekka żółtaczka z wymiotami, (co się zresztą w obecnéj epidemii bardzo często wydarza z początkiem przesilenia tak w tyfusie jelitowym, jak osutkowym), a dnia 18go rano, po gwałtownéj burzy, któréj się chora mocno wylękła, skonstatowano lekki tężec mięśni karkowych i żuchwy, któremu towarzyszył ogromny ból, skoro chciano poruszyć skurczone mięśnie. Nie chcąc w tym stanie osłabienia zostawić chorą, przywykłą dotychczas do używania podniecających pokarmów i leków, bez pobudzających środków, zastrzyknął jéj Dr. K. pełną strzykawkę eteru w boczną ścianę brzucha. Niebawem chora, dotąd prawie nieruchoma, wydała okrzyk przeraźliwy, wiła się z bólu, głowa i gałki oczne zaczęły wirować około osi pionowéj, tętno nagle znikło pod palcem, pierś z największém wysileniem chwytała powietrze i po 6 minutach oddech ustał zupełnie. Oględzin pośmiertnych nie wykonano. Zastanawiając się nad przyczyną tak nagłego zgonu niepodobna nie przypisać jéj samemu rękoczynowi, jakkolwiek chora i tak nie byłaby prawdopodobnie wyszła z niemocy swojéj. Wykluczając możność zatoru, który się wytworzył w jakiém naczyniu i doszedł do serca (bo zastrzyknięcie wykonano w luźnéj tkance podskórnéj bocznéj ściany brzusznéj, gdzie większego naczynia nie można było trafić) dochodzi autor do wniosku, że porażenie serca nastąpiło skutkiem silnego wrażenia na nerwy czuciowe wielce wrażliwéj choréj, któréj wrażliwość nadto spotęgowaną została zajęciem tylnéj części rdzenia pacierzowego, zajęciem w czasie całéj choroby dominującém a nareszcie w okresie przesilenia podniesionem aż do obrazu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, jakie ostatniego dnia choroby (prawdopodobnie skutkiem zastoin w owych narzędziach nerwowych) w nader bolesnym tężcu na jaw wyszło. Na poparcie twierdzenia swego przytacza autor badania Dra F. Francka w pracowni Mareya na zwierzętach dokonane, które dowodzą, że silne wrażenia na nerwy czuciowe zwalniają, a poniekąd wstrzymują całkiem bieg serca. Autor radzi więc u bardzo wrażliwych osób zamiast eteru lub amonijaku, który także pod skórą wielki ból sprawia, używać do wstrzykiwań podskórnych albo kamfory rozpuszczonéj w oliwie albo strychninu. Że w czasie upadku serca z powodu wielkich krwotoków nie postrzegano groźnych przypadłości przy tak mocno zachwalanych zastrzykiwaniach podskórnych eteru, tłumaczy autor przytłumioną zupełnie czynnością nerwów czuciowych u osób omdlewających. skutkiem czego wewnętrzne wrażenia nie przychodzą wcale do percepcyi mózgu.

Zdaniem Dra Zielewicza śmierć tak nagła mogła nastąpić tym sposobem, iż zastrzyknięty płyn dostał się wprost do jakiegoś większego naczynia i wywołał zator, albo że w strzykawce znajdowało się powietrze, czemu zaprzecza Dr. K. twierdząc, że wspomniany płyn zastrzyknął w luźną tkankę łączną okolicy lędźwiowéj i że strzykawkę dokładnie obejrzał Dr. Jarnatowski, który dość często stósuje podskórne zastrzykiwania eteru, nie spostrzegał nigdy żadnych niemiłych przypadłości, ani zgorzeli skóry, ani boleści znaczniejszych. Dr. Grodzki radzi zastrzykiwania robić głęboko w mięsnie, co nie ma być tak bolesném jak zastrzykiwanie podskórne.

5) Przy téj sposobności ostrzega Dr. Zielewicz, ażeby nie być zbyt pochopnym do zastrzykiwań podskórnych salicylanu sodowego. W kilku przypadkach zimnicy, w których tego środka próbował, nastąpiły tak gwałtowne i długotrwałe bóle, że musiał całkiem zaniechać dalszych prób w tym kierunku Być zresztą może, że zbyt stężony rozczyn był tego powodem.

6) W końcu Przewodniczący wspomina w krótkich a serdecznych słowach o zasługach zgasłego przed paru dniami kolegi członka Wydziału lekarskiego śp. Dra Komfa lekarza z Kobylina, który nietylko jako miły i prawdziwy kolega, ale nadto jako gorliwy obrońca naszych spraw, szerokie zyskał imię w pośród społeczeństwa, w którém żył i pracował. Na wezwanie przewodniczącego zebrani ogólnem powstaniem z miejsc oddają należny hołd pamięci zgasłego zbyt wcześnie kolegi.

7) Sekretarz namienia, iż Towarzystwu przyszły w darze następujące dzieła: *a)* O zwątleniu żołądka i jelit etc. przez Dra Skórczewskiego z Krynicy, *b)* Sources minérales des bains de Krynica p. Dr. Zieleniewski, *c)* Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. r. 1878, z. 1 i II.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. S. Jerzykowski, sekretarz.

V. Sprawozdanie z 6go wiecu stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj odbytego w Dreźnie od d. 6 do 10 września 1878 r.

Podał Dr. J. Buszek.

Od czasu jak higijeniści niemieccy na zjazdach lekarzów i przyrodników zrażeni pewném lekceważeniem dla higijeny i to głównie ze strony profesorów medycyny, zawiązali osobne stowarzyszenie higijenistów i przypuścili doń wszystkich zajmujących się sprawami zdrowia publicznego, zaczęło się w Niemczech rozbudzać raźno trzeźwe pojęcie o higijenie i to dało pochop do ujęcia steru spraw zdrowia publicznego przez samego kanclerza państwa. Stowarzyszenie higijenistów odbyło w ciągu swojego istnienia już 6 posiedzeń co rok w inném mieście, ostatnie w Dreźnie, na które to miasto, przyznać trzeba, padł wybór bardzo szczęśliwie.

Ktokolwiek z nas odczytywał wykazy śmiertelności tygodniowe, musiał do pewnego stopnia powątpiewać, aby Drezno miało tak niski wykładnik śmiertelności. A jednak kiedy się pozna bliżéj Drezno z urządzeniami zdrowotnemi i jego okolice i przypatrzy się tamtejszéj ludności prawie bez wyjątku czerstwo i zdrowo wyglądającéj, natenczas przyzna, że Drezno należy bez wątpienia do najzdrowszych miast i zasłużyło sobie na to, aby w niém higijeniści odbyli swój wiec i obeznali się bliżéj z wzorowém jego urządzeniem zdrowotném.

Jakoż w d. 5 września br. zgromadziło się we wspaniałym gmachu politechniki przeszło 100 uczestników wiecu, pomiędzy którymi byli lekarze, nauczyciele, technicy, duchowni a najliczniejszego zastępu dostarczyli naczelnicy miast i urzędnicy magistratów. I starszy burmistrz Gdańska Winter zagaił krótką przemową posiedzenie, poczém burmistrz drezdeński Stübel podnosząc zasługi stowarzyszenia higijenistów powitał zgromadzonych w imieniu miasta. Po odczytaniu sprawozdania administracyjnego wybrano przewodniczącym wiecu jednego z najdzielniejszych higijenistów niemieckich, jeneralnego lekarza wojskowego z Drezna Dra Rotha. Tak i zjazd ten, jak w ogóle w Prusiech wszelki ruch umysłowy, odbył się pod egidą pikelhauby.

Higijeniści zachowali i pod względem swoich czynności wszelkie przepisy higijeniczne, odbywając od 9 rano do 1 popołudniu wykłady i rozprawy nad niemi a od 3 popołudniu zwiedzając wyłącznie budynki i zakłady higijeniczne.

Pierwszy prof. Neubauer z Wiesbadenu miał wykład „O traktowaniu wina pod względem higijenicznym.“ Wykazał w nim sposób wyrabiania i zaprawiania wina rozmaitemi przymieszkami, mającemi na celu tak przysporzenie pewnych składników winu właściwych, jakoteż zachowanie wina od zepsucia, lub też wreszcie przemianę wina białego w czerwone. W końcu przedstawił w 10 punktach wymogi, jakie względem wina zachować należy ze względu na zdrowie konsumentów i wnioski te prawie jednomyślnie przyjęto. Nie tak gładko odbył się odczyt Alexiego z Kolmaru „O liczbie godzin szkolnych i podziale takowych na pory dnia i godziny.“ Alexi domaga się radykalnéj zmiany w kierunku tegoczesnego wychowania w Prusiech; godził z całą bezwzględnością na przesadę w uczeniu języków klasycznych i wnosił pomiędzy innemi, aby dopiero w 7 klasie uskuteczniono rozdział na kierunek czysto filologiczny i przyrodniczy. Nad tym samym przedmiotem rozprawiał Dr. Chalybäus z Drezna jako współsprawozdawca, ze stanowiska lekarskiego, położył główny nacisk na przeciążenie młodzieży pracami domowemi i na niedostateczne uwzględnianie przedmiotów i okoliczności, czy one nadają się więcéj do nauki przed lub popołudniu. Wnioski swoje przedłożyli w 11 punktach. Nie przyszło atoli nad niemi do głosowania, ponieważ w ogólnych rozprawach wystąpili gwałtownie pedagodzy konserwatywni z żądaniem, aby całą tę sprawę polecono raczéj ich rozwadze i doświadczeniu; dzisiejsze wykształcenie narodu niemieckiego przypisali naukom klasycznym i przyznali wprawdzie potrzebę pewnych reform w systemie naukowym obecnym, lecz nie tak doszczętnych, jakie wnosili obydwaj sprawozdawcy. Przedmiot więc tak ważny musiał być odłożony na wiec przyszłoroczny, zwłaszcza, że czas wyznaczony do rozpraw nad takowym musiał być skróconym. Król bowiem saski Albrecht przybył na posiedzenie, aby przysłuchać się objaśnieniom dawanym przez Dra Rotha co do nowych koszar zbudowanych już w większéj części z ogromnym przepychem i wszelkiemi względami higijenicznemi na wzgórzu lesistém Waldschlösschen na prawym brzegu Elby.

Również Dr. Hofmann z Lipska dla braku czasu musiał pominąć jeden przedmiot tak ważny i zajmujący, jak sprawozdanie komisyi wyznaczonéj do badania wód, za to w dłuższym wykładzie zastanawiał się „nad żywieniem i środkami żywienia dzieci,“ przyczém przedstawił tablice okazujące graficznie w sposób bardzo prosty skład mleka kobiecego, krowiego i rozmaitych mączek zastępujących mleko mamek. Jako desiderata higijeniczne w kierunku żywienia dzieci przyjęto prawie bez rozpraw 3 punkty przez sprawozdawcę przedłożone. Najwięcéj zajmującym i wieńczącym szereg odczytów był wykład Dra Rotha „O higijenie jako przedmiocie naukowym“ połączony z doświadczeniami z dziedziny higijeny mieszkań. W doświadczeniach tych wykazał wartość zasad higienicznych w życiu codziennėm i potrzebę obznajamiania z higijeną publiczną wszystkich warstw i zawodów, jeżeli w ogóle środki ochraniające zdrowie publiczne mają być powszechnie skuteczne.

Nie równie więcéj praktycznéj korzyści nastręczało zwiedzanie osobliwości drezdeńskich w kierunku zdrowia publicznego, bo też śmiało można powiedzieć, że tém jest oglądanie urządzeń higijenicznych dla higijenisty w ogóle, czém jest klinika dla lekarza praktycznego. Jeden i drugi nie przepisze skutecznego środka śmiało i doraźnie w danym przypadku jeżeli nie zapozna się gruntownie z urządzeniami higijenicznemi a względnie z bogatym materyjałem umieszczanym w dobrze urządzanych klinikach.

Z pomiędzy licznych budowli i urządzeń publicznych, jakoto: szkół, szpitali, więzień, zakładów dobroczynnych itp. zasługują przedewszystkiém na wyszczególnienie zakład wodociągowy, więzienie komórkowe, szpital zwany Carola-Haus i koszary nowe.

(Dokończenie nastąpi.)

Listy z Kamieńca Podolskiego.

III.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37.)

Komisyja sanitarna utworzona w Petersburgu pod prezydencyją ks. Golicyna, złożona z 9 osób, w liczbie których 5 lekarzy, zjechała na południe, rewidowała pilnie wagony i stacyje kolei żelaznéj od Kijowa do Odessy i Kiszeniowa; z jéj to upoważnienia magister farmacyi Heisler zajmował się desinfekcyją tego żelaznego szlaku (w końcu marca).

I towarzystwo Czerwonego krzyża wzięło udział w kwestyi niesienia pomocy zagrożonéj zarazą prowincyi; otworzyło z gotowością wszystkie trzy swoje szpitale i dwa przytuliska dla rekonwalescentów. Od 2 lipca 1877 do 1 marca 1878 r. liczono u nich 742 chorych i rannych wojowników (ostatni stanowili 33%). Jednak w tym okresie ani jednego przypadku durzycy plamistéj nie postrzegano, jeno 5 brzusznéj (2 z nich zakończyło się zgonem), i 6 gorączki powrotnéj. Prof. Pirogow, zwiedzający w téj epoce szpitale w gubernijach południowych rozlokowane, znalazł wszędzie porządek wzorowy, przedewszystkiém jednak oddaje pierwszeństwo zakładowi leczniczemu w Międzybożu i w Czerniatynie i dowodzi, że w nich tylko bezkarnie można pomieszczać durzycowych z niemałą szansą wyzdrowienia tych ostatnich. Już to system barakowo-lepiankowy („chat-mazanok“) gorącego ma w uczonym chirurgu zwolennika; i w imieniu to jego podnosił on głos zaraz po ukończeniu wojny niemiecko-francuskiéj, zastósować go potrafił u siebie, i otrzymał świetne wyniki: „W moim majątku (gub. podolska pow. winnicki), mówi uczony profesor, jest kilka włościańskich chat lepianek, w ciągu wielu lat zajmowanych przez pacyjentów operowanych, leżą w nich chorzy z ranami ropiejącemi, często po dwóch i trzech, z dwoma albo trzema zdrowymi w dodatku, a nie bacząc na to nie postrzegałem tu ani razu róży, ani ropnicy, ani gangreny, a to dlatego, że chata podobna posiada należytą, choć wcale nie wymyślną wentylacyję. Proste w niéj urządzenie kominów tém jest dobre, że ułatwia przewiew powietrza.“ Szpital czerniatyński według takiego systemu urządzony wytrzymał zimę bardzo szczęśliwie, śmiertelność w nim była nader mała, bo nie dosięgła 3% (15 na 439, z tym atoli dodatkiem, że w liczbie zmarłych znajdowało się 5 dotkniętych czerwonką, a w stanie konania przywiezionych). Już to wyznać potrzeba, że tylko co wzmiankowany zakład leczniczy posiada już rozgłos niemały; unosi się nad nim Pirogow, unosi się i ks. Drucki Lubecki, naczelnik służby zdrowia na tyłach armii; w sprawozdaniu swojém utrzymuje, że z 90 lazaretów do czerwonego

krzyża należących, żaden tak wysoko nie stoi jak czerniatyński, tak dalece, że może służyć za wzór dla innych. Furgony Dra Sederholma, opiekuna téj lecznicy, dla niéj urządzone, rozpowszechniają się coraz bardziéj, bo odpowiadają potrzebie. Doprawdy, dziwić się potrzeba, iż lekarze nie zwiedzają tego wzorowego pod każdym względem zakładu, a tak to łatwo, prawie przy kolei położony, wreszcie każdego kolegę turystę zapewniamy, że znajdzie gościnne przyjęcie pod strzechą szpitala; przełożona sióstr miłosierdzia p. Sederholmowa i Dr. Ponset, gospodarz i dozorca jego główny, pewnie z wielką gotowością zadość uczynią życzeniom przybyszów.

Wracamy do sprawozdania. Na posiedzeniach rad zdrowotnych, odbytych w marcu w Kijowie i Odessie, Dr. Pirogow proponował, by ze zbliżeniem się lata urządzono szpitale w namiotach, te bowiem w ciągu wojny ostatniéj bardzo wielkie pod względem sanitarnym oddały usługi. Nadto zdecydowano otwarcie kilku przytułków obserwacyjnych, przy kolei odesskiéj i kijowskiéj; „infirmeryje podobne na szlakach, kędy przebiegają pociągi sanitarne, zastąpią w zupełności system kwarantanowy, mający za zadanie zatrzymywanie chorych z niemocą jeszcze nie zupełnie rozwiniętą.“ Nie szło tu, jak się łatwo czytelnik domyśli, o Podole, ale o ograniczenie zarazy do minimum jednostek i przestrzeni.

Otóż zsumowaliśmy środki przygotowane na przyjęcie wcale niepożądanego gościa, ztąd też gość ten, choć groźny z początku, musiał ustąpić z placu; że zaś groźnym był, na to jako dowód podajemy cyfry. Sięgają one połowy kwietnia st. s., więc doby największego nasilenia choroby; nadto nie zmieniamy nomenklatury w raportach przyjętéj. Tak więc dotkniętych:

Gorączką tyfoidalną (przeważnie zaś panowała ona w p. lityńskim i proskurowskim) 198 z nich umarło 7.

Durzycą brzuszną (w p. olhopolskim, kamienieckim, hajsyńskim i mohylowskim) 320 — 39.

Durzycą plamistą (w bałckim, uszyckim, latyczowskim i winnickim) 177 — 21.

Razem więc 659 chorych, z których wyzdrowiało 328 (49%) umarło 67 (około 10%).

Tak było po wioskach i w szpitalach cywilnych. Zobaczmyż, jak się rzecz przedstawiała w lazaretach przeznaczonych dla wojowników i jeńców tureckich. Okres trwania choroby ten sam, bo obejmuje czas od 1 stycznia do 18 kwietnia st. s. br. Otóż na przestrzeni gub. podolskiéj, w 8 zakładach leczniczych, znajdowało się dotkniętych:

Durzycą plamistą	277,	z tych wyzdr. 149	um.	51
Durzycą brzuszną	153	„ „ „ 78	„	15
Gorączką powrotną	18	„ „ „ 11	„	

W tymże czasie turków dotkniętych:

Durzycą plamistą	125,	z tych wyzdr. 34	um.	24
Durzycą brzuszną	173	„ „ „ 115	„	41
Gorączką powrotną	4	„ „ „ 4		

Sumując podane liczbowe wyniki widzieliśmy, że w połowie kwietnia mieliśmy dotkniętych rozmaitemi formami duru 1399 chorych, z nich wyzdrowiało 819 (63%), umarło 198 (14%). Niewiele to jeszcze na 1,800,000 mieszkańców; pamiętać atoli należy, ze zaraza wybuchła nie na całéj przestrzeni gubernii (nie mieliśmy jéj wcale w dwóch najludniejszych powiatach jampolskim i bracławskim), ale w kilkunastu jakby uprzywilejowanych miejscowościach, uformowała naraz kilkanaście ognisk, między którenii Bałta i Winnica na pierwszym wystąpiły planie.

Inne wyniki z podanych powyżéj cyfer nie dadzą się wyprowadzić; tak co do drugiéj grupy (chorych wojowników) nie znamy wcale stosunków wojska u nas rozkwaterowanego do liczby chorych, wątpimy nawet, czy taki stosunek dałby się odnaleść, zważywszy, że Podole leży na głównym trakcie, po którym spływały z głębin państwa zastępy zbrojne na równiny bułgarskie i rumelijskie; w lazaretach więc pomieszczano nie tylko chorych z komend miejscowych, ale i z oddziałów dążących za Bałkany, albo ztamtąd wracających, zarejestrowanych w poczcie niedomagających, osłabionych i w ogóle rekonwalescentów. Już co do drugiéj kategoryi rzecz da się prędzéj uskutecznić, wiemy, że w gub. podolskiéj rozlokowano przeszło 1500 turków, piąta więc część jeńców ulegała rozmaitym formom durzycy, śmiertelność zaś do całéj masy przybyszów wynosiła 5%, a do liczby chorych 22. A i taki, choć niepomyślny stosunek, był jeszcze za mały w porównaniu z napotykanemi w innych gubernijach. U nas zawdzięczać to należy szczęśliwemu rozkwaterowaniu jeńców, mianowicie w trzech miejscowościach zdrowych tj. w Sawraniu (pow. Bałcki), Ładyżynie (pow. Hajsyński) i na przedmieściu Kamieńca podolskiego.

Nim zakończymy zbyt długą gawędę, wypada nam o jeńcach tureckich choć słówko dorzucić.

Mamy pod ręką sprawozdanie Dra Goldsmita, który przyjął opiekę nad zdrowiem internowanych w Ładyżynie. Sędziwy kolega, należy mu oddać sprawiedliwość, sumiennie się wywiązuje z obowiązku, oto streszczony wyciąg z jego raportu, przesłanego w kwietniu br. p. inspektorowi służby zdrowia w gub. podolskiéj. Jeńcy w liczbie 557, rozlokowani w Ładyżynie, częścią w budynkach rządowych, a częścią w prywatnych; zdrowi noszą narodowe stroje, dostają od rządu surduty, burki i buty, chorym nadto dodaje się bielizna; wszyscy zostają pod ochroną i dozorem kompanii piechoty, stanowią dwa oddziały, każdym z oddziałów zawiaduje oficer, który o potrzebach internowanych donosi wojennemu naczelnikowi powiatu. Każdy jeniec otrzymuje na obiad zupę, mięso i trzy funty żytniego chleba, chorzy zaś zwykle porcyje szpitalne. Oficerowie tureccy mają osobne mieszkania, utrzymują się z gaży, którą stósownie do rangi od rządu pobierają. Turcy w ogóle są zgodni, spokojni, trzeźwi, zdrowi używają zupełnéj swobody, wolno im przytém najmować się na roboty. Ulubionemi ich pokarmami są rzadkiew, ogórki i miód. Pierwiastkowo chorzy tulili się w małym lazarecie o 6 łóżkach, dziś szpital powiększony posiada miejsc 40, służbę w nim pełnią zdrowi przybysze, i to bardzo chętnie. Choroby, którym ulegają Turcy, przeważnie mają charakter gastryczny, a przyczyną jego główną jest nieoswojenie się z naszemi pokarmami; gastryczny stan ten szybko przechodzi w durzycę brzuszną i czerwonkę. Liczba jednak tyfusowych znacznie się w ostatnich czasach zmniejszyła, w zastępstwie jéj występuje zimnica, dla zwalczenia któréj używać przychodzi dużych dawek chininu. Z innych niemocy, róża, przyuszniea *(parotitis)* i uporczywe odmrożenia. Od 28 stycznia do 11 kwietnia liczono w ogóle 217 chorych, z nich 159 wyzdrowiało, 33 umarło.

Tyle sprawozdania Dra Goldsmita; o internowanych w Kamieńcu turkach nie wiele więcéj da się powiedzieć; lud to rosły, zdrowy, pięknie zbudowany, silny, pracujący z ochotą, redyfy i mustehafizy, przeważnie z Anatolii i Rumunii, choć jest do 30 arabów, wszyscy wzięci w Plewnie albo Szybce. Przybyli do nas na początku lutego w liczbie 229 i w bardzo opłakanym stanie; w pierwszym zaraz miesiącu

108 przechorowało, w następnych liczba cierpiących spadła do 3. Umarło na dur i czerwonkę 10.

A teraz wróćmy do dziejów epidemii; odmalowaliśmy tu jéj największe nasilenie, od połowy kwietnia słabnąć ona zaczęła, w maju liczba chorych spadła do połowy, a w końcu czerwca do takiego minimum, że przypadki duru raczéj do odosobnionych, sporadycznych zaliczyć należało; to też i Rady zdrowotne, na ten cel utworzone, z rozkazu jeneral-gubernatora zwinięte zostały. Raz więc jeszcze powtórzyć tu przychodzi, że w rzeczy tępienia choroby nie małą zasługę położyły, tak administracyja miejscowa, jak i zarząd lekarski, nadto lekarze z bezinteresownością obywatelską spieszący z pomocą zagrożonym gminom wiejskim i miasteczkom, za co się im słuszne należy podziękowanie.

Dr. Antoni Józef Rolle.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 19 września. Zjazd 51szy lekarzy i przyrodników niemieckich w Kassel właśnie się ukończył, nie był on jednak tak licznym jak poprzedzające. Z kolegów polskich brało udział w nim tylko trzech, a mianowicie Dr. Domański, Prezes tow. lek. krak., Dr. Ściborowski i Dr. Warschauer. Jako miejsce przyszłego Zjazdu obrano Baden-Baden. Sprawozdanie o Zjeździe kasselskim podamy niezadługo.

* W Cieplicach czeskich do d. 11 bm. bawiło gości kąpielowych 10,362.

* Według sprawozdania Wydziału krajowego z czynności zakładu w Kulparkowie za r. 1877 pozostało z końcem tego roku w zakładzie chorych 438, nadto w filijach w Przemyślu i Żółkwi 113, czyli razem 551 obłąkanych. Pomiędzy przyczynami obłąkania pierwsze miejsce zajmuje nadużycie napojów wyskokowych, drugie obrażenia głowy. W leczeniu w ogóle i w miarę możności stosuje się system bezprzymusowy.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny w Wiedniu Dr. Jan Schnitzler otrzymał tytuł prof. nadzw. — Drowie Chwat w Warszawie i Rymarkiewicz w Kaliszu otrzymali order św. Anny 3 kl., Drowie zaś Savary i Sikorski w Warszawie order św. Stanisława 3 kl.

* **Nekrologija** *Gazeta Lekarska* donosi o śmierci Dra Kazimierza Gurbskiego, lekarza szpitalnego w Płocku; umarł on z własnéj ręki w Adryjanopolu. Przyczyna samobójstwa dotychczas nie jest znaną; jedni sądzą, że samobójstwo popełnione zostało śród silnéj gorączki, drudzy sądzą, że było następstwem tęsknicy. Za ostatniém cierpieniem przemawia ustęp z listu pisanego przez zmarłego d. 2 lipca rb. z okolic Adryjanopola do Dra Talki, a który opiewa: „Jeżeli masz kolego Boga w sercu, kochasz żonę i dzieci i swój zbiór numizmatyczny, który ja chcę powiększyć, przysyłaj warszawskie czasopisma, gdyż tutaj można z nudów zwarjować; jestto proste zesłanie: zabita deskami 6cio calowéj grubości bułgarsko-cygańska dziura, do któréj promień światła z ucywilizowanéj Europy nie dochodzi" — Dr. Kazimierz Gurbski należał do zdolniejszych kolegów młodszych, był asystentem prof. Girsztowta, pisał liczne artykuły z dziedziny chirurgii i tłumaczył na język polski anatomiję Quain-Hoffmanna. — W Lublinie umarł Dr. Jan Ciepielewski licząc lat 28.

W Berlinie umarł chirurg obwodowy Dr. Adolf Lion, autor licznych prac higijenicznych i sądowo-lekarskich. — W Pradze czeskiéj zmarł d. 11 bm. Dr. Józef Seegen, licząc lat 64. Testamentem przeznaczył 6000 zła. dla stowarzyszenia miłości bliźnich w Pradze. — W Lugdunie † Dr. Emil Gromier, profesor medycyny sądowéj, licząc lat 68.

* **Kronika wojenna.** Armija okupacyjna posiada lazarety na 5900 chorych nie licząc szpitali barakowych urządzonych w Pograniczu wojskowém, a zaopatrzonych i w piece i inne potrzeby zimowe. Wreszcie szpitala wojskowe w Zagrzebiu, Gorycyi, Celowcu, Lublanie, Petawie, Marburgu, Gracu, Wiedniu, Budapeszcie i Jozefstadzie znacznie zostały rozszerzone. — Arcyksiąże Karol Ludwik w prześlicznym swym zamku Persenbeugu nad Dunajem urządził lazaret dla 40 ciężko rannych, a opiekę lekarską poruczył prof. Mosetigowi.

Naczelnym lekarzem szpitala dla rannych w Serajewie jest lekarz sztabowy Dr. Kail, pierwszym operatorem zaś lekarz pułkowy Dr. Riedel.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 28 września 1878. № 39. Rok XVII.

TREŚĆ: I. KORCZYŃSKI. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj. III. Przypadek niedrożności jelit. Użycie prądu indukcyjnego. Wyleczenie. — II. BLUMENSTOK. Sprawa zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie przed Sejmem. — III. *Wiadomości bieżące.*

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Podał Prof. Dr Korczyński.

III.

Przypadek niedrożności jelit. Użycie prądu indukcyjnego. Wyleczenie.

Jednem z najtrudniejszych zadań dyjagnostyki lekarskiéj jest rozpoznanie przyrody i siedziby upośledzenia lub zupełnego przerwania drożności jelit, jeżeli takowe nastaje wśród jamy brzusznéj. Najbieglejsi dyjagnostycy wypowiadają otwarcie zdanie na własnych spostrzeżeniach oparte, że w przeważnéj liczbie przypadków, mimo najdokładniejszego ocenienia wyników, starannego badania podmiotowego i szczegółów anamnestycznych, rozpoznanie ograniczać się musi do rozeznania ogólnikowego niedrożności jelit i prawdopodobnéj siedziby takowéj, rozpoznanie zaś przyczyny anatomicznéj jest albo zupełnie niemożliwe, albo obraca się tylko w kole przypuszczeń i większego lub mniejszego prawdopodobieństwa.

Do rzędu tych przypadków należał przypadek, który opisać zamierzamy. Zasługuje on przedewszystkiém na uwagę ze względu na pomyślne zejście choroby.

W. Miskiewicz, czeladnik piekarski z Krakowa lat 42 liczący, chorował tylko przed kilkunastu laty na zapalenie płuc. Przed 10 laty skoczywszy z okna nabawił się przepukliny pachwinowéj po stronie lewéj, a przed 2 laty w skutek dźwigania ciężarów takiejże przepukliny po stronie prawéj. Pomimo, że chory nie nosił wcale paska przepuklinowego, przepukliny te wzrastały bardzo powoli i nie sprawiały choremu żadnéj dolegliwości. Dopiero w pierwszych dniach października 1877 r. chory z porady Dra Żuławskiego zaczął nosić pasek przepuklinowy obustronny, i wdziewał go zawsze po poprzedniém odprowadzeniu przepuklin; lecz ponieważ niemógł się przyzwyczaić do przyrządu, który mu odejmował swobodę ruchów, mimo napomnienia lekarskiego zdejmował takowy niekiedy podczas pracy. W dniu 21 października 1877 r. po odprowadzeniu przepuklin w postawie stojącéj i założeniu paska przepuklinowego doznał chory po raz pierwszy bólu w brzuchu, który zajmował okolicę pępka, zwiększał się stopniowo w przeciągu kilku godzin, i zmusił chorego do położenia się do łóżka; wśród dnia pojawiły się kilkakrotnie wymioty. Przypady te trwały tylko jeden dzień i ustąpiły zupełnie. Obecna choroba rozpoczęła się w dniu 28 października wieczór. Chory pracował cały dzień w piekarni bez paska przepuklinowego; wieczorem odwiedziła go żona, z którą pokłóciwszy się popadł w takie rozdrażnienie, że odszedł od roboty, wdział z pośpiechem pasek w postawie stojącéj i udał się do poblizkiego szynku, by się napić wódki. Jednakże już w drodze doznał bólu w lewéj stronie podbrzusza, który po wypiciu dwóch kieliszków wódki znacznie się zwiększył, i wymiotów, które w ciągu nocy kilkakrotnie się powtórzyły. Następnego dnia bóle się wzmogły, zajmowały dolną i środkową część brzucha, zmuszały do nieruchomego leżenia w łóżku i potęgowały się zawsze przed wymiotami, które powtarzały się co kilka godzin. Przywolany Dr. Żuławski zastósował wstrzykiwania podskórne morfinu, (poczém bóle znacznie się zmniejszyły) i polecił odwieść chorego do kliniki, co wykonano w dniu 30 października około południa.

Badanie pobieżne przy przyjmowaniu chorego wykazało twarz dosyć swobodną, przepuklinę pachwinową prawą łatwo odprowadzić się dającą, żołądek wydęty i wypełniony znaczną ilością płynu, brzuch bardzo nieznacznie wzdęty i w dolnéj części przy ucisku miernie bolesny; nagromadzenia kału w jelitach grubych mimo podania chorego, że od początku choroby nie miał stolca, ani obmacaniem ani wypukiem nie można było stwierdzić. Natychmiast po badaniu powiększyły się bóle i powstały wymioty treścią płynną, zielonawo zabarwioną, które zawierały w sobie strzępki śluzu i resztki pokarmów. Po zastósowaniu lewatywy i podaniu 2 łyżek olejku rycynowego bóle powiększyły się i ustały dopiero wieczór po zastrzyknięciu podskórném morfinu. Stolca nie było. Ciepłota wieczorna 37·4° C., tętno 80.

Badanie kliniczne w dniu następnym (31/10) wykazało u chorego dobrze zbudowanego i odżywionego co następuje:

Twarz sinawa, rysy miernie zaostrzone, wyraz twarzy bolesny, wargi sinawo-blade. Spojówki miernie nastrzykane. Język suchawy, koniec języka czysty, gładki i lśniący, reszta białym mułem obłożona. Oddech obojczykowy. Brzuch w okolicy dołka podsercowego miernie wzdęty, a wydęcie to jest wyraźniejsze po stronie lewéj, zkąd pochodzi, że łuk żebrowy lewy nie jest widoczny, prawy zaś odznacza się wyraźnie. Okolica podpępkowa jest również miernie wysklepiona i to znów wyraźniéj po stronie lewéj niż prawéj. Linija pasowa przedstawia bruzdę niezbyt głęboką, ale na kilka centimetrów szeroką, która rozdziela wyraźnie okolicę nadbrzuszną (*epigastrium*) od reszty brzucha. Boczne części brzucha nie przedstawiają żadnych zmian. Przy oddychaniu brzuch wykonywa bardzo nieznaczne ruchy; przy głębszym wdechu chory doznaje miernego bólu w podbrzuszu, tak samo przy kaszlu i kichaniu. Obmacanie wykazuje wszędzie konsystencyję twardą sprężystą, wyraźniejszą w dolnéj niż górnéj części brzucha, a najwybitniejszą w podbrzuszu po stronie lewéj. Całe podbrzusze jest przy ucisku tkliwe, najdotkliwsze jednak po stronie lewéj. Nawet przy głębokiém obmacywaniu, o ile takowe da się uskutecznić przy jędrnych i napiętych mięśniach brzusznych, nigdzie nie czuć żadnego obrzęku, ani nie można wymacać zastoin kałowych. Drażnienie mięśni brzusznych nie wywołuje większego wydymania się brzucha, ani występowania na takowym ruchów pochodzących od jelit, tylko przy dłuższém obmacywaniu brzuch nieco twardnieje, przyczém niekiedy słychać przelewanie się płynu w jelitach. Przy spokojném zachowaniu się doznaje chory w okolicy pępka ciągłego tępego bólu miernego stopnia, tylko od czasu do czasu powstają bóle silniejsze po całym brzuchu się rozpromieniające, którym towarzyszą nudności, a niekiedy wymioty. Podczas takiego napadu bólu, który chory już na kilka chwil naprzód przepowiada, konsystencyja brzucha w całości się zwiększa, a niekiedy słychać z daleka już przelewanie się płynu. Wypuk wszędzie jawny bębenkowy, tylko po stronie lewéj w miejscu między liniją białą, grzebieniem dolnym przodkowym kości biodrowéj i więzadłem Pouparta odgłos wypukowy jest stłumiony.

Żołądek zwiększony w swych wymiarach zawiera w sobie sporą ilość płynu. Brak zupełny łaknienia, znaczne pragnienie, odbijanie i czkawka. Stolca od 27/10 nie było; wiatry również nie odchodziły; parcia na stolec chory wcale nie doznaje. Badanie jelita odchodowego daje wynik ujemny. Wymiociny z nocy szaro-zielonawe, mocno kwaśne, zawierają resztki mleka i nieco śluzu. W kanale pachwinowym prawym znajduje się przepuklina stanowiąca wzdłuż kanału pachwinowego wyniosłość, która przy kaszlu zesuwa się ku mosznom, jest niebolesna, daje się z łatwością odprowadzić, a podczas napadu bólu nieco się powiększa. W pachwinie lewéj, gdzie poprzednio również istniała przepuklina, niema takowéj obecnie; przy silnym nawet kaszlu lub nadymaniu się nic nie wychodzi z kanału pachwinowego, a palec wsunięty do kanału pachwinowego przechodzi z łatwością wzdłuż całego kanału aż do bramy przepuklinowéj, która jest wolna i w którą przy kaszlu nie wchodzi jelito.

Badanie narządu oddechowego wykazuje mierne powiększenie rozmiarów płuc i rozległy nieżyt oskrzelowy przeważnie suchy ze skąpą ilością plwociny śluzoworopnéj. Stan bezgorączkowy. Mocz w ilości skąpéj, o ciężarze gatunkowym 1025, zawiera wiele barwików i ślad białka dobrze spostrzegalny. Osłabienie mierne.

W rozpoznaniu udowodnienie niedrożności jelit nie ulegało żadnym trudnościom, albowiem takowéj odpowiadały: trzechdniowe prawie zaparcie stolca mimo lawatywy i olejku rącznikowego, bóle w brzuchu występujące w napadach połączone z kruczeniem, nudnościami i twardnieniem brzucha, wymioty uporczywe, wydęcie dolnej części brzucha, czkawka, sinica i zaostrzenie rysów twarzy.

Nieco trudniejszém było oznaczenie miejsca, w którém krążenie treści jelitowéj zostało przerwane. Możność swobodnego odprowadzenia przepukliny pachwinowéj prawéj, brak takowéj w pachwinie lewéj, i ujemny wynik badania okolic, którędy występują z jamy brzusznéj wszelkie inne przepukliny, pozwalały rozpoznawać jedynie niedrożność jelit z przyczyny położonéj wśród jamy brzusznéj. Że takowa nie tkwiła w jelicie grubém, o tém świadczyła mierna tylko bębnica, rychłe wystąpienie wymiotów, skąpa ilość moczu, brak wymiocin kałowych mimo trzechdniowego trwania choroby, brak parcia na stolec, a ostatecznie brak wydęcia brzucha w okolicy jelita grubego. Wykluczywszy zadzierzgnięcie jelita grubego wykluczono tém samém zatkanie kałowe większego stopnia, które niekiedy sprawia przypady wyraźne zadzierzgnięcia jelit; w mniemaniu tém utwierdzała tém bardziéj jeszcze ta okoliczność, że nigdzie zastoin kałowych nie można było wymacać, ale chory wyraźnie namienial, że nie cierpiał nigdy na nawykowe zaparcie stolca. Przyczyna choroby tkwić więc tylko mogła w j e l i c i e c i e n k i é m, a zachodziło tylko dalsze, lubo już pod względem rokowania i leczenia mniéj ważne pytanie, czy o wywołanie przypadów niedrożności podejrzywać należy jelito czcze (*int. jejunum*), lub téż jelito biodrowe (*int. ileum*). Za zatkaniem jelita czczego przemawiało pozornie wydęcie żołądka zauważane właśnie częściéj w niedrożności jelita czczego aniżeli biodrowego, zaś za niedrożnością jelita biodrowego pomyślny względnie stan chorego i niezbyt wielka gwałtowność przypadów. Jednakże przy bliższém rozważaniu okazało się, że powiększenie wymiarów żołądka pochodzić może od tak częstego u naszych klas pracujących nawykowego przepełniania takowego wielką ilością pokarmów przeważnie roślinnych, względnie zaś łagodny przebieg choroby od braku zadrażnienia zapalnego otrzewny; co razem wzięte skłoniło do wstrzymania się od bliższego ocenienia siedziby choroby aż do czasu, gdy takowéj nie rozjaśnią dalsze przypady.

Szukając dla rozpoznanéj niedrożności jelita cienkiego właściwéj podstawy anatomicznéj, przedewszystkiém uwzględnić należało pewnego rodzaju związek, jaki zdawał się zachodzić między przepukliną pachwinową a przerwaniem drożności jelita. Związek ten trzeba było nazwać ściśle przyczynowym, albowiem pierwsze przypady wystąpiły natychmiast po odprowadzeniu w pośpiechu i w postawie stojącej lewéj przepukliny, ból pojawił się najpierw w okolicy podbrzusznéj lewéj, badanie wykazało brak zupełny przepukliny w miejscu, gdzie takowa poprzednio od 2 lat istniała, nadto stłumienie odgłosu wypukowego zajmowało miejsce położone bezpośrednio po nad pachwiną lewą. Niedrożność jelita nastająca po odprowadzeniu przepukliny może pochodzić od: *a*) odprowadzenia pozornego (*reposition en masse, Massenreduktion*) tj. wraz z workiem przepuklinowym, *b*) od zaciśnięcia przez więzadła wrzekome otrzewny, szczeliny lub pierścienie powstające ze zrostów otrzewnowych', przez sieć lub szczeliny w sieci, *c*) od zadzierzgnięcia w workach przepuklinowych podotrzewnowych (*hernia intrailiaca, antevesicalis, retropubica*). Przeciwko pierwszéj możebności przemawiał brak obrzęku,

któryby dał się dokładnie wymacać po nad bramą przepuklinową, co do innych zaś możebności żadna nie wydawała się prawdopodobniejszą od drugiéj.

Dla upewnienia się w powyższém rozpoznaniu starano się jeszcze wykluczyć inne przyczyny zatkania jelit dostępne rozpoznaniu. Przeciwko skrętowi zagięcia esowego, które ze wszystkich skrętów przydarza się najczęściéj, przemawiał brak przypadów, które takowy poprzedzać zwykły, i brak bębnicy jelit grubych; przeciwko skrętowi jelit cienkich powolny przebieg i brak stolców krwawych; przeciwko zwężleniu przebieg powolny, gdyż przy takowém przebieg jest bardzo szybki, i najszybszy ze wszystkich chorób wywołujących niedrożność; przeciwko zagłobie brak parcia, porażenia zdzierżacza odbytnicy i stolców krwawych i niemożność wymacania w brzuchu ograniczonego obrzęku lub w kiszce odchodowéj jelita wglobionego. Za zatkaniem jelit ciałami obcemi, kamykami żółciowemi, lub kamykami jelitowemi nie przemawiała ani anamneza ani wynik badania przedmiotowego, zaś dla porażenia jelita (*ileus paralyticus*), które tylko odnosić się mogło do jelita w przepuklinie umieszczonego, brakowało dostatecznych warunków, jak dłuższego uwięzgnięcia, dłużéj trwających i nieostrożnych usiłowań odprowadzenia przepukliny, lub poprzedniego zapalenia otrzewny.

Przebieg choroby. Choremu wlano natychmiast półtora litra wody letniéj za pomocą lejka Hegara, poczém wkrótce odeszła napowrót prawie czysta woda.

W południe zaprosiłem na naradę prof. Dra Bryka, który zgodził się z rozpoznaniem i radził na teraz stósować daléj wlewanie większych ilości wody a nadto wtłaczanie powietrza do jelita, które w jego obecności za pomocą pompy Leitera wykonano. Zgłębnik, którego do tego zabiegu leczniczego użyto, wchodził do jelita na 40 cm.

Na obiad spożył chory szklankę mleka. W dwie godziny później pojawiły się silne bóle, a wśród nich wymioty płynem mocno kwaśnym, pomieszanym ze strzępami śluzu i twarogu. O godzinie 6téj wieczór wlano 2 litry wody letniej a po odejściu takowych takąż ilość wody lodowéj; większa ilość nie dała się zastósować, gdyż płyn napowrót się wylewał. O godzinie 8méj wieczór zastósowano silny prąd indukcyjny na mięśnie brzuszne, poczém chory poczuł parcie na stolec, jednak stolca nie oddał. W nocy spał dobrze i nie miał ani bólów, ani wymiotów.

D n i a 1/11. Stan ten sam co dnia poprzedniego, z wyjątkiem tylko większego nieco wydęcia podbrzusza i zmiany jaka nastała w rozmiarach stłumienia w podbrzuszu; takowe przechodzi bowiem na 4 cm. po za linię białą ku stronie prawéj, i szerzy się od spojenia kości łonowych w kierunku ukośnym więcéj ku lewemu łukowi żebrowemu. W położeniu na bok prawy lewa granica stłumienia przybliża się o 4 cm. ku linii białéj, przy położeniu na bok lewy odgłos wypukowy na prawym brzegu stłumienia nie zmienia się. Szczegół ten zdawał się niewątpliwie przemawiać za tém, że przyczyną stłumienia jest pętla jelit wypełniona treścią, któréj ilość od dnia poprzedniego się zwiększyła, a która ciężarem swym przy położeniu boczném przesuwa się ku wewnątrz. O godzinie 10$^1/_2$ powstały bóle i wymioty płynem więcéj brudnoszarym. Po wymiotach osłabienie. O godzinie 11$^1/_2$ ponowiły się bóle i wymioty, które tym razem po raz pierwszy były brudno-sinawe i c u c h n ę ł y k a ł e m. Twarz chorego stała się więcéj siną, rysy zaostrzyły się, tętno stało się częstszém (108) i drobniejszém, ciepłota ciała obniżyła się na 36·8, odnogi dolne sinawe i chłodne, a chory skarżył się na bezsilność, uczucie zimna, cierpnięcie rąk, nóg i ciągły tępy ból w żywocie. Brzuch po wymiotach był mniéj wydęty niż przedtém.

Uradzono wspólnie z prof. Dr. Brykiem zastósować okłady ciepłe na brzuch, wstrzykiwania morfinowe w razie bólów, a wewnętrznie podawać wodę sodową. W razie gdyby przypady powyższe stały się częstsze, uradzono nazajutrz przystąpić do przecięcia brzucha (*laparotomia*), ku czemu już odpowiednie przygotowania poczyniono. O godzinie 2 popołudniu objawy zapadu (*collapsus*) ustąpiły. Wymioty ponowiły się dopiero wieczorem; wymiociny w ilości 1 litra były téj saméj barwy i także cuchnęły. W nocy chory spał mało.

D n i a 2/11 chory ma wejrzenie swobodniejsze. Objętość brzucha mniejsza, brzuch miejszy, i przy obmacywaniu mniéj się napina. W licznych miejscach przy obmacywaniu słychać kruczenie a przy wstrząsaniu bulkotanie płynu. Rozmiary stłumienia w lewéj części podbrzusza zmniejszyły się tak, że stłumienie sięga tylko do linii poprowadzonéj pionowo do połowy więzu Pouparta. Ciepłota 37·0, tętno 120, małe i miękkie. W kilku miejscach na klatce piersiowéj odgłos bębenkowy, oddech tamże szorstki obok luźnych rzężeń średniobańkowych niedźwięcznych; plwociny rdzawe, lepkie, zmięszane z plwocinami śluzoworopnemi. (Ogniskowe zapalenie płuc, prawdopodobnie skutkiem dostania się do odetchów części wymiocin, czyli tak zwana po niemiecku Fremdkoerperpneumonie). Moczu ilość 600 cm. na dobę, barwy cisawéj, oddziaływania kwaśnego, c. gat. 1030, zawierał według rozbioru prof. Dra Stopczańskiego wszystkie składniki, osobliwie barwiki w ilości zwiększonéj i dobrze spostrzegalny ślad białka (0·004%).

Obok okładów ciepłych na brzuch użyto popołudniu prądu indukcyjnego, przykładając obydwie elektrody na brzuch, przyczém mięśnie brzuszne silnie się kurczyły, a w jelitach słychać było głośne przelewanie się płynu. Chory czuł się potém lepiéj, spał kilka godzin i mocno się pocił. Wieczór użyto ponownie prądu elektrycznego wprowadzając tym razem jednę elektrodę wysoko do jelita odchodowego, a drugą przykładając na powłoki brzuszne. Podczas przeprowadzania prądu elektrycznego przez kilkanaście minut dało się także słyszeć przelewanie się płynu w jelitach, a wkrótce potém powstały bóle, które uśmierzono morfinem pod skórę wstrzykniętym; do wymiotów w ciągu całego dnia nie przyszło. Sen przerywany. W n o c y o d e j ś ć m i a ł y w i a t r y; czy takowe cuchnęły, chory podać nie umie.

D n i a 3/11. Wydęcie dołka podsercowego i podbrzusza zwiększyło się do tego samego stopnia jak w dniu 1/11. Stłumienie w lewéj stronie podbrzusza jeszcze mniejsze niż dnia poprzedniego, wynosi na szerokość 6 a na długość 8 cm. W jelitach płyn przelewa się od czasu do czasu. Brzuch w całości więcéj niż przedtém bolesny i więcéj napięty, najboleśniejszy w miejscu stłumienia w podbrzuszu; w bocznych częściach brzucha stłumienie ograniczone, którego poprzednio nie było. (Poczynające zapalenie otrzewny). W płucach stan ten sam. Osłabienie nie zwiększyło się.

Z wykonaniem laparotomii w obec przełamującego się biegu i niepojawiania się od przedwczoraj wymiotów postanowiono się wstrzymać aż do wystąpienia groźniejszych przypadów, a tymczasem pozostać przy dotychczasowém leczeniu. Jakoż przed południem zastósowano prąd indukcyjny przez brzuch i jelito odchodowe, a popołudniu z powodu bólów wstrzyknięto morfin. W ciągu całego dnia chory był dosyć swobodny, posilał się tak samo jak przedtém małą

ilością rosołu; wymiotów nie było tylko odbijanie. Przelewanie się płynu wstrzymywało się.

O godzinie 10 wieczór poczuł chory większe niż przedtém przelewanie się płynu i parcie na stolec, przyczém odeszło 3—4 łyżek kału papkowatego. Chory doznał potém znacznéj ulgi, a wśród nocy kilka razy oddawał wiatry.

Nazajutrz stwierdzono wejrzenie znacznie swobodniejsze, brzuch miększy, mniejszy, w podbrzuszu mniéj wydęty, w całości mniéj bolesny. Stłumienie w lewéj połowie podbrzusza znikło zupełnie, tętno było pełniejsze i mniéj częste. Chory domaga się jedzenia. Po dwóch łyżkach olejku rącznikowego chory w ciągu doby miał jeszcze 4 obrzednie niezbyt obfite stolce.

Odtąd polepszenie postępowało naprzód krokiem szybkim, a chory opuścił zakład zupełnie zdrów w dniu 18 października. Przepuklina lewa nie wyszła na zewnątrz. Według relacyi udzielonéj mi uprzejmie przez Dra Żuławskiego chory aż do téj chwili cieszy się zupełném zdrowiem i nie okazuje przepukliny po stronie lewéj.

Uwagi epikrytyczne. Dalszy przebieg i pomyślne zejście choroby przyczyniło się tylko o tyle do rozjaśnienia rozpoznania, o ile wymioty cuchnące kałem, które się pojawiły w dniu czwartym choroby, obok przypadków w rozpoznaniu wymienionych przechyliły rozpoznanie stanowczo ku zamknięciu górnéj części jelita biodrowego. Przyczyna anatomiczna zatkania jelita nie została rozjaśnioną, lubo niepojawienie się dawniéj istniejącéj przepukliny utwierdziło w przypuszczeniu ścisłego związku przyczynowego między przepukliną a niedrożnością jelit. Laparotomija, gdyby było przyszło do jéj wykonania, byłaby jedynie wykazała właściwą przyczynę choroby.

Przypadki podobne do naszego znane są w literaturze lekarskiéj i nie należą bynajmniéj do wielkich rzadkości Uhde w zbiorowém dziele Billrotha i Pithy (III. 2) i J. Ashhurst (*The american Journal of med. sciences 1874. Centralbl. f. Chirurgie* 1874, str. 460), zestawiają kilkanaście przypadków zadziergnięcia jelita, które nastało po odprowadzeniu do jamy brzusznéj zewnętrznéj przepukliny, a każdy chirurg z zawodu zna także przypadki z własnego doświadczenia. Między innemi przypadek ogłoszony niedawno przez Nussbauma (*Bayer. aerztliches Intelligenzblatt* 1877 Nr. 11) pod wieloma względami wielkie ma podobieństwo do naszego. Pewien młody człowiek okazywał obustronne przepukliny pachwinowe; prawa przepuklina stała się nieco bolesna, ale weszła do jamy brzusznéj z równą łatwością jak lewa; powstały przypady niedrożności jelit, które mimo wlewań wody letniéj i wody wysyconéj kwasem węglowym przez 12 dni stopniowo się zwiększały i skłoniły do wykonania laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznéj okazało się, że pętla jelita cienkiego zadziergnięta była przez twardy pierścień, który zdaniem Nussbauma był wynicowanym i przedartym workiem przepuklinowym, gdzie przez otwór z przedarcia powstały wsunęła się i uwięzgła pętla jelit. Jelito zostało uwolnione przez rozszerzenie pierścienia, a chory wyzdrowiał.

Ponieważ znane są przypadki, gdzie bez szczególnych zabiegów leczniczych ileus zakończył się pomyślnie, musimy poddać tém ostrzejszéj krytyce skuteczność w naszym przypadku prądu elektrycznego. Że prąd elektryczny, który w zatkaniu jelit działać tylko może korzystnie przez wpływ na ruch robaczkowy jelit, w naszym przypadku istotnie podniecał ruch robaczkowy, za tém przemawia wiele ważnych szczegółów, a mianowicie już po pierwszém zastósowaniu prądu na powłoki brzuszne w dniu 31/10 doznał chory po raz pierwszy parcia na stolec, podczas powtórnego zewnętrznego użycia elektryczności w dniu 2/11 zauważano przelewanie się płynu w jelitach, które odtąd stało się częstszém a po przeprowadzeniu prądu w dniu tym przez powłoki brzuszne i jelito odchodowe oddał chory po raz pierwszy wiatry. Jest więc rzeczą bardzo prawdopodobną, że prądowi elektrycznemu przypisać należy ustąpienie niedrożności, a to tém bardziéj, że w tym czasie nie stósowano żadnych innych silniejszych środków, a wśród istniejącego z jednéj strony ogniskowego zapalenia płuc, a z drugiéj strony wśród rozpoczynającego zapalenia otrzewny jelito nie znachodziło się zapewne w warunkach przyjaznych, któreby sprzyjały dobrowolnemu uwolnieniu się jelita z miejsca zaciśniętego. Jedyny zarzut, któryby w tym względzie można podnieść, odnosi się do polepszenia, jakie nastało w dniu 2/11, niezawiśle od prądu elektrycznego, tak pod względem zmniejszenia się objętości brzucha, jakotéż rozmiarów stłumienia w lewéj stronie podbrzusza. Zarzut ten ustaje jednakże, jeżeli się uwzględni, że zmiany takie zauważać można niezbyt rzadko nawet w tych przypadkach zamknięcia jelit, które następnie kończą się niepomyślnie, i że pojawiają się one zazwyczaj właśnie po obfitych wymiotach.

Liczba przypadków, w których w niedrożności jelit używano z pomyślnym skutkiem elektryczności, jest względnie dosyć znaczną. Pomijając przypadki ileus z powodu zatkania kałowego i porażenia błony mięsnéj jelit uleczone przy użyciu elektryczności, przytaczam tylko dla przykładu spostrzeżenia dawniejsze Duchenna, Clarksona, Stokesa i Leroya d'Etiolles, a z nowszéj literatury spostrzeżenia Macarii (*Annali univ. d. med. 1870. Ref. w Virchow—Hirsch Jahresbericht 1870 II. 159*), Duteuila (*Bull. gener. de thérap. 1872 w Virchow* i *Hirsch Jahb. 1872 I. 410*), Kaczorowskiego (*Przegl. Lek. 1874 Nr. 10*) i Giommiego (*Gaz. med. 1875 w Centralblatt f. m. Woch. 1876, str. 535*), gdzie zadziergnienie jelit uleczoném zostało za pomocą prądu elektrycznego.

Mimo to jednak wielu poważnych autorów wyraża się z niedowierzaniem o skuteczności prądu elektrycznego i twierdzi, że spostrzeżenia te polegają albo na złudzeniu, lub odnoszą się przeważnie do zatkania jelit kałowego, które jak wiadomo może niekiedy wywołać takie same groźne przypady jak zamknięcie jelita w ścisłém tego słowa znaczeniu. Skeptycyzm ten zdaniem mojém jest zadaleko posunięty, gdyż skuteczność elektryczności w zamknięciu jelit da się oprzeć na podstawach fizyjologicznych, doświadczeniami na zwierzętach stwierdzonych; nie każdy przypadek zakończony pomyślnie przy użyciu elektryczności podlega zarzutowi nie ścisłéj obserwacyi lub mylnego rozpoznania; a nadto przypadki uwięzgnionych przepuklin zewnętrznych, odprowadzonych przy zadziałaniu prądu elektrycznego, (z których jeden opisał niedawno Lorentski w Przeglądzie Lek. r. 1877, str. 427), są najwymowniejszym dowodem, że prąd elektryczny może wpływać skutecznie także na uwięzgnienia wewnętrzne.

Z tego nie wynika bynajmniéj, by elektryczność była w niedrożności jelit środkiem niezawodnym, jednakże w obec bezsilności innych środków leczniczych, każdy środek, który okazał się skutecznym chociażby w ograniczonéj liczbie przypadków, w tak niebezpiecznéj i najczęściéj śmiercią kończącéj się chorobie jest ważnym dla nauki i praktyki lekarskiéj nabytkiem. Z większém usprawiedliwieniem, a zapewne i

z większą nadzieją skuteczności, aniżeli podawane litéj rtęci, godziłoby się w zamknięciu jelita obok wdmuchiwań powietrza, wlewań wody lub rozczynów burzących stósować w każdym przypadku prąd elektryczny przez jelito odchodowe i powłoki brzuszne, zanim przystąpi się do ostatecznego, często niebezpiecznego a w każdym razie wątpliwego zabiegu leczniczego, tj. do laparotomii.

II. Sprawa zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie przed Sejmem.

Od lat trzech, odkąd istnieje zakład kulparkowski, którego powstanie tyle budził nadziei, dochodziły nas od czasu do czasu głuche wieści o jakichś nieporządkach, o złém gospodarstwie wewnętrznêm, o braku harmonii między lekarzami itd., którym zrazu trudno było dać wiarę: późniéj listy ze Lwowa w tygodniku naszym zamieszczane z należytą ostrożnością natrącały o potrzebie zaradzenia złemu, którego jednak ze względów łatwych do zrozumienia nie określały wyraźnie, podczas gdy dziennikarstwo lwowskie jaskrawie przedstawiało stósunki nieprawidłowe w zakładzie tym zachodzić mające. Z rozmaitych tych wiadomości nabraliśmy wprawdzie przekonania, że zakład kulparkowski nie obrał sobie wcale za wzór owéj niewiasty, która dlatego jest najlepszą, ponieważ nikt o niéj nie mówi, ani téż żony Cezara, która grzeszyć nie mogła, ale nie znając dokładnie owych faktów, które stały się przyczyną wycieczek przeciw zakładowi i ogólnego niezadowolenia, uważaliśmy za stósowne nie rozwodzić się nad tą ważną sprawą, aby nikomu nie ubliżyć, a zarazem nie zaszkodzić instytucyi, któréj losy zawisły od zaufania publicznego; milczeliśmy, pomimo, że tak w kraju, jakoteż i po za granicami onego nieraz zapytywano nas ustnie i listownie o przyczyny nieładu panować mającego w Kulparkowie; milczeliśmy, nie z powodu obojętności lub lekceważenia, lecz z prostéj przyczyny, że niechcieliśmy przyłożyć sondy do rany niebezpiecznéj, aby nie pogorszyć stanu pacyjenta. Dziś gdy w skutek interpelacyi jednego z posłów sprawa cała roztrząsaną została publicznie na Sejmie, gdy więc dzienniki zdając sprawę z posiedzenia dość burzliwego przedstawiają rzecz w całéj nagości, dziś odezwanie się z naszéj strony staje się obowiązkiem, jak nim było dotąd milczenie, a powodując się li dobrem instytucyi wypowiemy nasze zdanie całkiem przedmiotowo, jużto biorąc w obronę Wydział krajowy i zarząd zakładu, jużto wytykając błędy przez nich popełnione; akta są otwarte, sąd więc bezstronny jest dozwolony a poniekąd nakazany. Celem uzasadnienia atoli zdania naszego, a zarazem, aby czytelnicy mogli nabyć należytego wyobrażenia o zarzutach czynionych zakładowi, uważamy za potrzebne podać nasamprzód według jednego z dzienników lwowskich treściwy szkic rozpraw, które nad tym przedmiotem toczyły się na IV. posiedzeniu Sejmu.

Poseł hr. Koziebrodzki wnosi interpelacyję, która opiewa:

W sprawozdaniu z czynności Wydziału krajowego za czas od 1 maja 1877 r. do 30 maja 1878 z departamentu I. jest wspomniane o kilku przypadkach ciężkiego uszkodzenia obłąkanych w Kulparkowie, które śmierć sprowadziły.

Ponieważ sprawa ta żywo zaniepokoiła opiniję publiczną, i stała się przedmiotem śledztwa karnego, niżéj podpisani zapytują Wydział krajowy:

1. Czy jest już jaki wynik ostateczny ze śledztwa ces. król. sądu kryminalnego w téj sprawie?

2. Czy wskazówki dane przez Wydział krajowy dyrekcyi szpitala obłąkanych w Kulparkowie skutecznie powstrzymały tak srogie i karygodne postępowanie z chorymi zostającymi pod opieką kraju?

Referent spraw szpitalnych poseł Dr. Hoszard zabrał głos i przyznając, że fakta jakie się zdarzyły na Kulparkowie nietylko zaniepokoiły, ale oburzyły opiniję publiczną, powiada daléj:

W bieżącym roku zaszły w Kulparkowie następujące smutne przypadki: dnia 16 lutego zmarł Ignacy Czerwiński, sekcyja okazała 6 żeber złamanych i wybroczenie w mózgu; d. 17 lutego zmarł Michał Kaliciak, sekcyja okazała 3 żebra złamane i obrzęk płuc. Sprawcą obydwu przypadków był posługacz Wrzeszcz, który przez dyrekcyję sądowi karnemu oddany został i po przeprowadzeniu śledztwa z pierwszego zabójstwa Czerwińskiego uwolniony, a za drugie zabójstwo na 6 miesięcy ciężkiego aresztu skazany został. W początkach marca zmarła nagle Feige Sass, sekcyja wykazała, że się łupinami z jabłek udusiła, dyrektor doniósł o têm sądowi, prosząc o sekcyję sądową. Ośm dni leżał trup w trupiarni kulparkowskiéj. Po 8 dniach sąd odpowiedział, że nie znajduje powodu do śledztwa karnego, że więc sekcyja sądowa nie odbędzie się. Dyrektor zarządził z urzędu swego sekcyję i okazało się, że przyczyną śmierci było to, co już przed tem namieniłem. Dnia 18 marca zmarł Stanisław Kiss, sekcyja okazała sińce, 9 żeber złamanych, ropień w opłucnéj i blizny po wrzodach kiłowych. Sprawcą był obłąkany Bohuń, który broniąc się od natręctwa Kissa rzucił go o kant stołu. Śledztwo jeszcze nie ukończone, dlatego rezultatu ostatecznego podać nie mogę. Dnia 14 lipca umarła Olena Hupaluk, sekcyja okazała dwa żebra złamane. Szalona ta miała w swoim szale zwyczaj stawać ciągle na głowie, a jak poświadczają inne obłąkane z nią razem będące, że parę razy spadła przy tych gimnastycznych ćwiczeniach ze stołu i zapewne w skutek tego poniosła te uszkodzenia. Dnia 28 lipca umarł Józef Gwiazdonik w kilka dni po przyjęciu go do zakładu; za życia jeszcze skonstatowano, że ma jedno żebro nie całe; sekcyja okazała, że miał żebro spróchniałe *(caries)*. Śledztwo jeszcze nie ukończone. W czerwcu uderzył posługacz Diaczek chorego Rasia, a na drugi dzień posługacz Mielnikiewicz chorego Stawarza; tak w jednym jak w drugim przypadku bez dalszych następstw dla chorych, a sprawcy zostali ukarani ośmiodniowym aresztem.

To są fakta, które rzeczywiście zaszły. Z wyliczenia ich widzicie panowie, że można je podzielić na dwie kategoryje, na takie, gdzie sprawcami byli dozorcy czyli posługacze i na takie, gdzie sprawcami byli sami chorzy. Do pierwszéj należą sprawy Wrzeszcza, Diaczka i Mielnikiewicza. Do drugiéj kategoryi należy reszta faków. Fakta pierwszéj kategoryi bezwarunkowo potępiam. Potępiam z całą stanowczością dzikość, barbarzyństwo i złe obejście się posługaczy z chorymi. Jednakowoż jako okoliczność łagodzącą przytoczyć muszę, że posługacz taki znajduje się nieraz w obec siły zwierzęcéj szalonego i nie zawsze można żądać od niego, ażeby utrafił taką miarę siły, która potrzebna jest i wystarcza do poskromienia szalonego i żeby czasem w użyciu téj siły nie przesadził. Nie jestto usprawiedliwieniem, ale okolicznością łagodzącą. Na szczęście i na chlubę ludzkości roczniki mało takich faktów dzikich postępowania z nieszczęśliwymi wykazują.

(Tu referent przytacza liczne przypadki zabójstwa i skaleczenia popełnionego na obłąkanych w innych zakładach przez posługaczy lub chorych, poczém ciągnie daléj):

Otóż takie przypadki zdarzają się wszędzie; nie jest to usprawiedliwieniem tego, co na Kulparkowie zaszło, jednak są to przypadki, które wydarzają się we wszystkich wzorowo urządzonych zakładach dla obłąkanych. Zapytacie panowie zapewne, jakim sposobem mogą zajść takie przypadki w dobrze urządzonym zakładzie przy należytym nadzorze? Odpowiem na to wskazówką na doświadczenie wszystkich psychijatrów i właścicieli zakładów wszystkich krajów i czasów, którzy się w têm zgadzają, że takie nieszczęścia wydarzały się od czasu, jak zakłady dla obłąkanych istnieją i zdarzać się będą, dopóki takie zakłady istnieć będą. Usunięcie tych nieszczęść nie jest w ludzkiéj mocy, ale starać się powinniśmy, aby były jak najrzadsze i jak najrzadziéj się wydarzały. To też Wydział krajowy skierował swą czynność w tym kierunku, aby zbadać przyczyny tych przy-

padków i usunąć je na przyszłość. Co do przyczyn, jestem tego przeświadczenia, że są trzy przyczyny tak częstych przypadków: pierwszą jest zła służba, drugą przepełnienie zakładu, a trzecią niedostateczny nadzór.

Złą służba jest dlatego, bo jest zamało liczna i zamało inteligentna. Mogę panom cyframi udowodnić, że mniéj jest posługaczy na Kulparkowie, niż w innych zakładach. W Wiedniu na 500 chorych jest 120 posługaczy, tj. 1 posługacz na 4 chorych, w Illenau na 500 chorych jest 150, tj. 1 posługacz na 3 chorych. W Charenton na 600 chorych jest 135 posługaczy i 20 sióstr, tj. 1 posługacz na 4 chorych. W Passy ma Dr. Blanche więcéj służby niż chorych. Dr. Neumann powiada, że jeden dozorca nie może więcéj chorych obsługiwać nad 5, tożsamo Oegg; Kelp i Esquirol żądają na 60 chorych 20 służby, tj. jednego posługacza na 3 chorych. W Frankfurcie i Sonnenstein wypada jeden posługacz na czterech chorych. W Werneck, Sachsenberg, Winnenthal wypada jeden posługacz na 6 chorych i to jest ta minimalna liczba, którą my od 1 września br. w Kulparkowie przyjęli, bo dotąd był na 7 chorych jeden posługacz. Drugą przyczynę, iż służba mniéj jest inteligentną, a przynajmniéj niedostatecznie inteligentną, znajduję w tém, że jest źle płatną, bo jużci za 6 — 7 zlr. miesięcznie człowiek inteligentny nie poświęci się na tak ciężką służbę. Służba więc ta rekrutuje się z takich wyrzutków, którzy już gdzieindziéj lżejszéj służby dostać nie mogą, a jak się trafi któremu lepsza służba to opuszcza Kulparków. Dowodem tego jest, iż prócz jednego posługacza, który 12 lat jest wierny domowi obłąkanych, nie ma żadnego innego, któryby dłuższy czas tam przebywał; drugi posługacz jest lat tylko 3, a reszta rok, pół roku lub kilka miesięcy. Temu zapobiegliśmy, ustanawiając cztery kategoryje służby od 1 września b. r. z płacą od 7 do 15 zlr. miesięcznie. Prócz tego uważamy za dobre zainteresować służbę zabezpieczeniem ich przyszłości, aby w zakładzie dłużéj pozostawali i wnosimy dla tego, abyście panowie byli łaskawi przyznać im prawo prowizyi za 10, 20 lub 30 lat służby. Ażeby zaś służbę uczynić troszeczkę inteligentniejszą, poleciliśmy dyrektorowi zakładu, ażeby zaprowadził systematyczną naukę dla posługaczy i rzeczywiście ta się odbywa.

Drugą przyczyną przypadków wspomnianych jest przepełnienie zakładu. W zakładzie naszym znajduje się obecnie 460 chorych. Z tych połowa chorych tj. 230 jest w jednéj połowie zakładu, a w drugiéj połowie zakładu w oddziale męzkim 230 chorych, pomieszkanie dyrektora, wszystkie kancelaryje, pomieszkanie dwóch pisarzy, dwóch kapelanów i warsztaty, które tam być nie powinny, bo zabierają miejsce obłąkanym. Widzicie panowie, że przy takim nawale chorych nadzór nie może być ściśle wykonany. Otóż temu chcemy zaradzić przedłożeniem wniosku Wys. Izbie o wybudowanie domu administracyjnego, przezco z budynku dla chorych usunie się wszystkie kancelaryje i zrobi się miejsce dla chorych. Na razie zanim dom administracyjny stanie, staraliśmy się jakoś temu złemu zaradzić przez to, że trzy piwnice czyli suteryny na tymczasowe warsztaty użyto, a mianowicie na szewski, krawiecki i introligatorski.

Muszę tu także wspomnieć o separatkach, które tyle złéj krwi narobiły. Otóż separatki są to małe pokoiki, w których się umieszcza szałowych, ktorych innym sposobem nie można uspokoić. Trzeba wiedziec o takich separatkach, że np. w Anglii Dr. Conolly żądał, aby w jego zakładzie było separatek na dwie trzecie części wszystkich chorych, a Dr. Bucknill liczy tylko jedną trzecią część separatek dla wszystkich chorych, a u nas we Lwowie na 460 chorych mamy wszystkiego 20 separatek. W 20 separatkach nie mogą się pomieścić wszyscy szałowi. Cóż z tymi się robi, którzy w szał wpadną wtedy, gdy wszystkich 20 cel jest zapełnionych? Oto ubiera się ich w kaftany i w osobnym korytarzu pod nadzorem kilku dozorców umieszcza. Jest to wyjątek od systemu bezprzymusowego, który wszędzie jest przyjęty, wyjątek konieczny w położeniu, w jakiém się znajduje zakład kulparkowski dla braku separatek. Te separatki w różnych krajach różnie są urządzone. U nas jest przyjęty system praktykowany w Belgii, tj. że separatki dostają światło drugorzędne z korytarza a nie wprost z pola. Gdzieindziéj, w Niemczech i i we Wiedniu, jest inny system separatek przyjęty: tam mają one światło pierwszorzędne, okno jest tak wysoko, że chory nie dostanie, ale światło przychodzi wprost z pola; jest jednak tak urządzona okiennica, że da się zupełnie zaciemnić pokój, albo trochę tylko lub zupełnie odwidnić. Takich separatek u nas nie ma. Sądziłem, że jak przeniesiemy warsztaty do odrębnego budynku, to da się z tych sal, w których dotychczas były umieszczone warsztaty, urządzić kilka takich separatek. Jednakże przekonałem się, że nie można zrobić z tego separatek takich, aby były zupełnie odpowiednie celowi.

Trzecią przyczyną, jak powiedziałem, przypadków, które się tam zdarzają, jest niedostateczny nadzór lekarski. Nie powiadam aby lekarze, którzy są w Kulparkowie nie wypełniali swoich obowiązków. Owszem muszę przyznać, że z całém poświęceniem wykonywają te obowiązki. Mam tu na myśli nadzór niedostateczny w tém, że ich jest za mało, aby obowiązkom zadość uczynić mogli. Wydział krajowy wnosi więc tego roku, abyście panowie pozwolili zamiast jednéj trzeciéj posady lekarza, zrobić dwie posady.

Nareszcie oświadczyć muszę, że Wydział krajowy, pomny swego obowiązku, przedewszystkiém będzie miał na oku dobro zakładu krajowego i dobra tego zakładu nie poświęci z pewnością dla jakichkolwiek względów osobistych, ale z drugiéj strony Wydział krajowy nie może karać funkcyjonaryjuszów za winy, których nie popełnili, a które im imputuje czyto prywata, czy zawiść, czy nareszcie zemsta.

Po tém wyjaśnieniu przystępuję do kategorycznéj odpowiedzi na pytanie przez kilku panów postawione. Zapytują panowie, czy jest jaki wynik ostateczny śledztwa przeprowadzonego w c. k. sądzie karnym. Z przemówienia dowiedzieliście się panowie, że jedna tylko sprawa, tj. sprawa Wrzeszcza, ukończoną została tém, że został on skazany na 7 miesięcy ciężkiego aresztu. Akta których zażądał Wydział krajowy od Sądu, z całą gotowością zostały nam przesłane, jednakże nie znaleźliśmy w nich podstawy do wytoczenia śledztwa dyscyplinarnego przeciw któremukolwiek z funkcyjonaryjuszów naszych. Inne sprawy nie są jeszcze załatwione w Sądzie.

Powtóre, pytają panowie, czy wskazówki dane przez Wydział krajowy dyrekcyi szpitala obłąkanych w Kulparkowie skutecznie powstrzymały tak srogie postępowanie z chorymi zostającymi pod opieką dozorców. Polecenie nasze wyszło w maju, a potém już nie było takich zajść prócz przypadku, który jak panowie słyszeli, zaszedł w czerwcu i to był przypadek nie z winy dozorcy. Zresztą wskazówki nie tyle były poleceniem, ile raczéj przypomnieniem paragrafów statutu. W statucie zakładu bowiem wyrażono, co dyrektor z każdym przypadkiem ma zrobić. To było przypomnieniem, że w każdym przypadku śmierci lub obrażenia chorych winien o tém donieść sądowi karnemu, co też rzeczywiście czyni.

Nad odpowiedzią tą skutkiem wniosku hr. Krukowieckiego otworzył marszałek pod koniec posiedzenia rozprawę, w któréj wzięli udział pp. Krukowiecki, Spławiński, Teichman (rektor uniwersytetu Jagiellońskiego) i referent Wydziału.

Podajemy tu przemowy w streszczeniu:

Poseł hr. Krukowiecki. Zdaje mi się, że te zarządzenia, które poczynił Wydział krajowy, nie są dostateczne, aby nadal takie przypadki były rzadszemi. Zwidzając zeszłego roku zakład Kulparkowski, przyszedłem do przekonania, że lekarzy jest tam zamało. Nie odmawiam p. Mareschowi zdolności psychijatrycznych, a gdyby jego nie stało, to nie mamy drugiego, któryby go mógł zastąpić. Przy istniejącym stanie rzeczy trudno o przyrost. Lekarze nie mają sposobności wyrobić się na kierowników. Nie pozostają długo w zakładzie. Zmieniają się często. Sekundaryjusze, którzy tam są, zależą całkiem od woli p. Marescha. Kwestyja usunięcia ich zawisła od niego. Chodzi więc o to, aby zmienić ten stosunek i zamianować prymaryjuszów, ze stanowiskiem mniéj więcéj niezależném od dyrektora, który mógłby im robić uwagi, ale w razie różnicy zdań rozstrzygałby Wydział krajowy. Nowy projekt Wydziału nie zaprowadza téj zmiany, lecz systemizuje dwie niższe posady lekarskie; ci, którzy je zajmą, nie będą mieć należnéj samodzielności, podobnie jak dzisiejsi sekundaryjusze, którzy się z niewiadomych przyczyn często zmieniają. Przy aplikowaniu kąpieli nie jest lekarz obecny i dzieją się gwałty. Zmiana tedy w stanowisku lekarzy w obec dyrektora jest potrzebną. Zresztą mamy w gronie swojém powagę w téj mierze, rektora uniwersytetu krakowskiego; najlepiejby było wysłuchać jego zdania.

Poseł Spławiński. Mam to przekonanie, że Wydział krajowy robił i będzie robił co można dla zapobieżenia nadużyciom. Odpowiedź jednak na interpelacyję nie jest dostateczną ani zupełną. Referent Wydziału nie wspomniał o kilku przypadkach, które się zdarzyły także w tym roku na Kulparkowie. Może o nich nie wie Wydział krajowy, ale mnie samemu są wiadome jeszcze cztery przypadki zabójstwa, a mianowicie Goldnera, Powidajki, Krasnodębskiego i Mielniczaka. Wyszły one na jaw dopiero wtedy, gdy żona Kissa doniosła sądowi o zabójstwie jéj męża.— Sekcyje wzmiankowanych osób odbyły się w lutym i w marcu 10/$_2$, 24/$_2$, 3/$_3$ i 13/$_3$). Co się daléj dzieje, nie wiem. Zapewne toczy się śledztwo sądowe. Wspominam o tém, ponieważ sprawozdawca mówiąc o szczegółowych przypadkach nie powinien był pomijać i tych. Tłumaczył on przypadki przedewszystkiém brakiem miejsca. Że zakład przepełniony, to ubolewać należy, że kraj wydał przeszło 1 milijon a zakład jeszcze nie dokończony, już okazuje się złym i nieodpowiednim. Zdaniem wielu ludzi fachowych zakład kulparkowski nie stoi na wyżynie wymagalności przywiązanych do tego rodzaju instytutów. Niezawodnie Wydział będzie się starał usunąć braki, o ile się dadzą. P. referent Wydziału przyznał niedostateczność nadzoru, ale ja widzę coś więcéj, bo poprostu niedbalstwo nadzoru. Wyliczył nam tu kilkadziesiąt przykładów zabójstwa, które zdarzyły się gdzieindziéj, ale to niczego nie dowodzi, ani téż nie usprawiedliwia niedbalstwa w naszym zakładzie. Nie słyszeliśmy przyczyn tamtych przypadków. Nadto dowiedzieliśmy się, że w jednym lub drugim zakładzie zagranicznym zdarzyły się przypadki sporadyczne, po jednym i to w okresach czasu Bóg wie jak długich. Nie słyszałem, aby się tam zdarzały dwa zabójstwa w jednym roku. U nas zaś ja sam przytoczyłem cztery w jednym roku oprócz tych, które p. referent przytoczył. Jestto uderzająca różnica. A przyczyną może być tylko niedbalstwo w najwyższym stopniu, bo może się zdarzyć raz na kilka, lub kilkanaście lat, że waryjat waryjata zabije, alež u nas w jednym roku przypadek po przypadku. Narzekania po kraju są powszechne. Ludzie mi się żalili i proszą o zaradzenie. Oprócz tego jest narzekanie na zły wikt i nieżyczliwość dyrekcyi w udzielaniu informacyj krewnym chorych. Na prośby w téj mierze całemi latami trzeba czekać. Gdyby zarząd był dbały i sprężysty, coś podobnego nie mogłoby się dziać. Powtarzam z naciskiem: zarząd jest niedbały, skoro przypadki co chwila się powtarzają. P. referent wspomniał również, że po zażądaniu aktów sądowych Wydział nie znalazł powodu do postępowania dyscyplinarnego w przypadku już zasądzonym w trybunale karnym, a co do innych śledztwo jeszcze nie ukończone. Zdaniem mojém Wydział niepowinien czekać na rezultaty śledztw karnych, bo te nie przeprowadzają się w kierunkach dyscyplinarnych. Wydział powinien doraźnie postępować. Zaniedbanie tego stało się przyczyną częstszych powtarzań. Inaczéj daleko wcześniéj nadużycia byłyby usunięte. Pan referent zdawał się zarzucać sądowi lekkie ukaranie winnych w porównaniu z wymiarem kary za analogiczne przypadki w Anglii. Sąd tutejszy musiał zastósować się do §. 335 kodeksu, i nie mógł przyjąć rozmyślności zabójstwa. Różnica w wyrokowaniu sądów nie uniewinnia bynajmniéj postępków kulparkowskich. Wszak jest inspektor szpitalów, jest Wydział krajowy na miejscu. Jak wobec tego mogły się dziać takie nadużycia, tego nie rozumiem. Wszak inspektor szpitali powinien pierwszy o wszystkiém wiedzieć, a o czterech przezemnie wymienionych przypadkach nawet dyrekcyja zakładu nie doniosła sądowi, lecz dopiéro żona Kissa wydobyła sprawy z tajemnicy. Kiss był już raz pobity w r. 1876, a dozorca za to skazany na 6 tygodni aresztu, więc czujność i przezorność była wskazaną. Wobec niedostatecznéj odpowiedzi na interpelacyję spodziewam się, — bo wniosku stawiać nie można — że komisyja lustracyjna nie poprzestanie na tém wyjaśnieniu, lecz zbada sama rzecz jak najściśléj, i bezwzględnie wystąpi.

Dr. Teichman. Wezwany przez p. Krukowieckiego zabieram głos, choć i bez tego nie mógłbym był milczeć, zwłaszcza, że znam zakład kulparkowski i inne za granicą. Zgadzam się najzupełniéj z uwagą referenta szpitalów, że ilość lekarzy jest za mała, a właściwie, że lekarzem jest tylko jeden dyrektor, bo inni się zmieniają. Zgadzam się i na to, żeby służba była pomnożoną i lepiéj płatną. Ale niedostatkami wytkniętemi nie dadzą się wytłumaczyć przypadki, o których mowa. Przed dwoma laty była niemal ta sama liczba chorych, a mimo to nie było 8—11 przypadków śmierci gwałtownéj w jednym roku. Zresztą mamy filije zakładu w Przemyślu, Żółkwi i Krakowie; służba w tych filijach nie jest większą niż tutaj, a jednak wyjąwszy jeden przypadek w Krakowie nic podobnego tam się nie zdarza. Budynek dla zarządu jest niezbędny, ale p. Spławiński słusznie namienił o zadziwiającym fakcie, że budynek na który wydano 1 milijon, nie miał w planie lokalów dla zarządu, które przecież pierwéj muszą być, niż sam zakład. Urządzenie łazienek na Kulparkowie. jest wzorem, jak one nie powinny być urządzone Wodę konewkami noszą. Jak o tém można było przepomnieć, zabierając się do budowy — nie pojmuję. Nie mogę się jednak zgodzić żadną miarą na tłumaczenie, że w innych miejscach dzieją się także zabójstwa. My tu mamy co miesiąc zabójstwa przez służących. Jesteśmy tedy cztery a przynajmniéj dwa razy gorsi od innych. I zgadzam się zupełnie na przyczyny tego, wymienione przez p. Spławińskiego.

Dr Hoszard odpowiada na zarzuty: Z całą otwartością przyznałem przypadki, o których miałem wiadomość, albowiem referat kulparkowski dopiéro objąłem d. 1 lipca br. (Dawniéj był p. Smolka, a przed nim Haller, pod którego kierownictwem budowano także gmach). Co do niedostateczności służby w ogóle a lekarskiéj w szczególności, to przypomnę panom, że gdy uchwalano etat, ja w komisyi administracyjnéj byłem za nominacyją obok dyrektora dwóch prymaryjuszów i dwóch sekundaryjuszów. Na nieszczęście zdanie ówczesnego referenta szpitalów przemogło. Wina tedy nie ciąży na mnie. Dziś proponujemy pomnożenie z uwzględnieniem wymogów oszczędności. I ja przyznaję, że kąpiele są najgorzéj urządzone. Łaźnia i tusze umieszczono w piwnicach, w jamkach ciasnych i wilgotnych. Za moją inicyjatywą tedy polecono Wydziałowi usunąć to złe. Prymaryjusze mają samodzielność, ale się wypierają jéj, gdzie potrzeba odpowiedzieć swoją osobą. Dyrektor jest gospodarzem i lekarzem na całość, lekarze na pojedynczych oddziałach pod nadzorem dyrektora. Każdemu lekarzowi powinien być dodany pomocnik. Przeczę by sekundaryjusze się zmieniali. Odchodzą sami, bo nie mogą wytrzymać na takiém ustroniu, na takiéj pustyni — odcięci od miasta, i ograniczeni li do obcowania z waryjatami. Trzeba na to niesłychanego poświęcenia się, ażeby tam lekarzem zostać. Gdyby zakład był w mieście lub przynajmniéj bliżéj, lub miał drogę komunikacyjną — toby było inaczéj. Co do przypadków przytoczonych przez p. Spławińskiego, to musiały się one zdarzyć w r. 1876 lub 1877 — ja mówiłem tylko o przypadkach w r. 1878. (Spławiński: zdarzyły się w r. 1878). Nic nie wiem o tém. (P. Hoszard nie był wówczas jeszcze referentem Kulparkowa). Sądom przytyku żadnego nie robiłem. Namieniłem tylko o fakcie, że trup 8 dni czekał na decyzyję co do obdukcyi. Budowy zakładu również bronić nie będę, bo nie robiłem planów. Gdyby mnie byli pytali, z pewnością byłbym odradzał tam budować zakład. Niedbalstwa w zarządzie za moich czasów nie widziałem, każdy z funkcyjonaryjuszów pracował i pracuje. Wina leży w instrukcyi dawniéj wydanéj, która niedobrze określiła funkcyje osób pojedynczych. Dyrektora nazbyt niepotrzebnie obciążono. Przedsięwziąłem tedy rewizyję instrukcyi. Wikt jest dobry i tak był obfitym, że dla zapobieżenia nadużyciom, sprzedażom i wynoszeniu takowego musiałem zredukować normę żywienia. Ale nie wszystko da się zrobić od razu. Inspektor bywa w zakładzie często, i wiele rzeczy złych usunął. Że w Przemyślu i Żółkwi nie masz zabójstw, to ztąd pochodzi, że tam są sami chorzy nieuleczalni i spokojni. U nas zaś po większéj części furyjaci. Zarząd jest — ale tylko nieszczęśliwie trafił Wydział, że pierwszego rządcę musiał oddalić, i od tego czasu jest prowizoryjum, chociaż nie można mu nic zarzucić. Ale trzeba usunąć przepełnienie przez wybudowanie domu administracyjnego, tudzież zreformować służbę. Nie mam nic przeciwko temu, aby komisyja lustracyjna wglądnęła we wszystko i przypatrywała się sama. Pozna, że nie jest tak źle, jak niektórzy sądzą.

Na tém skończyła się ta rozprawa.

Z powyższych rozpraw widzimy, że w Sejmie ciężkie uczyniono zarzuty zakładowi w Kulparkowie, i że obecny referent zakładu Dr. Hoszard przyznał z jednéj strony, że fakta tam zaszłe zaniepokoiły a nawet oburzyły opiniję publiczną, z drugiéj zaś bronił zarządu przeciw pewnym zarzutom, mniéj uzasadnionym lub niesłusznym. Przyznać musimy otwarcie, że z wielu wywodami szan. referenta w zupełności się zgadzamy, a przedewszystkiém, że nie może żadną miarą ciążyć za nim odpowiedzialność za grzechy dawniéj popełnione. Niestety grzechy te mszczą się obecnie w sposób bardzo dotkliwy dla chorych i dla kraju, który tyle łożył wydatków.

Myśl założenia zakładu dla obłąkanych po za obrębem miasta Lwowa była wcale dobrą; nietylko Griesinger, ale wszyscy psychijatrzy oświadczają się przeciw umieszczeniu zakładu zwłaszcza większego w obrębie miasta. Czy miejscowość Kulparkowa była odpowiednią, ocenić nie umiemy, ponieważ, ze wstydem wyznać musimy, nie znamy Kulparkowa, a to z powodu, o którym zaraz będzie mowa. Obrawszy jednak raz Kulparków, należało przedewszystkiém pomyśléć o dobréj komunikacyi między miastem a powstać mającym zakładem, a komunikacyję tę po ukończeniu gmachu należało ułatwić za pomocą omnibusu w pewnych godzinach pomiędzy miastem a zakładem krążącym, bo przecież odpowiednie przywożenie chorych, odwożenie uleczonych lub w ogóle wypuszczonych nie może być rzeczą obojętną; nadto lekarzom i urzędnikom mieszkającym w Kulparkowie wypadało dać możność dostawania się na krótki czas do miasta, aby—jak słusznie powiedział p. referent,—niebyli odcięci od miasta i ograniczeni do obcowania z obłąkanymi. Wiadomo z doświadczenia, że lekarze, przez czas dłuższy wyłącznie zajmujący się chorymi na umyśle, tetryczeją, stają się jednostronnymi, dziwakami, a nie rzadko sami w obłąkanie popadają; odświeżenie więc umysłu przez obcowanie ze zdrowymi, z kolegami, jest dla nich więcéj niż dla każdego innego lekarza potrzebném. U nas jednak stało się przeciwnie. Gdy przed dwoma laty będąc we Lwowie mieliśmy szczerą chęć odwidzenia zakładu w Kulparkowie, dorożkarz bajecznéj żądał kwoty za jazdę, dodając, że wdzięczny będzie, jeżeli go od téj jazdy uwolnimy, ponieważ droga (w porze zimowéj) jest prawie nie do przebycia. Ostrzegali nas i koledzy, że wycieczka ta w zimie wcale nie należy do przyjemności i że nie ręczą, czy ona się obejdzie bez szwanku. Widzieliśmy dużo zakładów dla obłąkanych, ale drogi karkołomnéj nigdzieśmy nie doświadczyli.

Że tu niema najmniejszéj przesady i że dotąd rzecz bynajmniéj na lepsze się nie zmieniła, wynika ze sprawozdania Wydziału krajowego, obecnie Sejmowi przedłożonego, że „droga od rogatki gródeckiéj do Kulparkowa znajduje się jak pierwéj w tak opłakanym stanie, że w porze słotnéj, zwłaszcza na wiosnę i w jesieni, jest prawie nie do przebycia“.

Lekarze więc kulparkowscy w rzeczy saméj są odcięci od świata, a nadto ograniczeni tylko do płacy, bo o praktyce prywatnéj w takich warunkach mowy być niemoże. W Niemczech gdzieniegdzie nie wolno wprawdzie lekarzom zakładowym praktykować, ale téż płaca ich w takim razie jest świetną. U nas płaca jest więcéj niż skromną, i dlatego zgadzamy się z p. referentem, że trzeba wielkiego poświęcenia, aby być lekarzem w Kulparkowie.

Drugim grzechem zasadniczym, który niestety nie jest odosobnionym, ponieważ popełniony został i przy budowie pawilonów szpitala św. Łazarza w Krakowie, jest nieuwzględnienie z góry ubikacyj administracyjnych, potrzeby odpowiednich łazienek, wychodków i t. d. Gdzieindziéj, jeżeli się wydaje milijon na nowy z gruntu zakład, nie zapomina się o urządzeniach, bez których podobny zakład absolutnie istnieć nie może. U nas dzieje się przeciwnie i ztąd to pochodzi, że komisyja techniczna wyraziła swą opiniję, „iż system wychodków należy jak najspieszniéj zmienić, inaczéj bowiem zakład będzie narażony na bardzo dotkliwe, „a co gorzéj, na usprawiedliwione zarzuty,“ że łazienki są niedostateczne, ztąd pochodzi, że Wydział sam proponuje wybudowanie domu administracyjnego, aby z budynku głównego usunąć kancelaryje i zrobić miejsce dla chorych itd. Słowem zakład zaledwie jest ukończony, a już zachodzi gwałtowna potrzeba stawiania nowych budynków i poczynienia zmian rozmaitych, boć trudno zaprawdę ścierpieć, aby w nowym zakładzie wodę do wanien konewkami noszono, aby wychodki szerzyły smrodliwe i szkodliwe wyziewy po całym domu, aby zawilgacały ściany i piwnice. Co ważniejsza atoli i o wiele smutniejsza, otóż dowiadujemy się ze sprawozdania komisyi technicznéj, „że naturalne położenie gruntu pod względem poziomu jest niekorzystne, że zakład w wielu punktach „narażony jest na napływ wody, która na mury jego spływa „i jeżeli taki stan pozostałby nadal, mury te, a przedewszystkiém fundamenta, ulegnąćby musiały rozkładowi i cały „budynek na szwank mógłby być narażonym.“ Zaprawdę, piękna to perspektywa, wymowne świadectwo o stósowności obranego gruntu.

Również niefortunnym był wybór pierwszego rządcy zakładu; jakie było jego gospodarstwo, nie wiemy dokładnie; ale musiało być nieświetném, skoro musiano go oddalić i oddać rzecz pod rozstrzygnięcie sądu. Od czasu oddalenia rządcy istnieje prowizoryjum, jak nas poucza p. referent. Prowizoryjum w tak ważnym zakładzie, zły wybór pierwszego rządcy, są to okoliczności, które wcale nie przyczyniają się do ścisłego porządku, tyle potrzebnego w zakładzie dla obłąkanych!

Wyliczywszy grzechy, których się dopuścił pomimowolnie Wydział krajowy przy wybudowaniu i urządzaniu zakładu kulparkowskiego, musimy go jednak bronić przeciw innym zarzutom, podniesionym bądź w Sejmie, bądź po za nim. Otóż przedewszystkiém przyznać musimy, że gdy się rozchodziło o obsadzenie pierwszéj posady lekarskiéj wybrał najgodniejszego ze wszystkich kandydatów, wybrał lekarza fachowego, którego opinija ogólna wskazywała jako najodpowiedniejszego. Dr. Maresch, dawniéj prymaryjusz w zakładzie wiedeńskim, uchodził we Wiedniu jako zdolny i pracowity psychijatra praktyczny, a oddział pod jego kierunkiem pozostający był wzorowo prowadzony. Lubiany od kolegów i pacyjentów, posiadając doświadczenie nabyte śród wieloletniéj praktyki w wielkim zakładzie, przedstawiał wszelkie rękojmie, że zdoła kierować zakładem kulparkowskim ku pożytkowi kraju i chorych. Nie widzimy także uchybienia w tém, że Wydział krajowy nie mianował obok dyrektora prymaryjuszów i sekundaryjuszów (według systemu austryjackiego), lecz dodał mu 3 lekarzy, bo po za państwem austryjackiém podobne urządzenie (zwłaszcza w zakładach dla obłąkanych) jest prawie powszechném (tak jest i w Warszawie, i jest wcale dobrze.) Wreszcie i utyskiwania na złą służbę również nie mogą odnieść się do grzechów Wydziału krajowego, bo kwestyja służby stała się, jak to w przeszłym numerze dopiero przytoczyliśmy za Brosiusem, nie tylko

kwestyją żywotną dla wielkich zakładów ale nawet dla przytulisk prywatnych. Użalenia na służbę coraz gorszą są powszechnemi we wszystkich zakładach; „zgłaszają się do „służby, powiada Brosius, prawie tylko ludzie wadliwi „pod względem cielesnym i umysłowym, którzy innego zatru„dnienia znaleść nie mogą, a nawet i ci, jak włóczęgi, z je„dnego miejsca przenoszą się na drugie. Powiększenie płacy „po części tylko zapobiega złemu. Zdaje się, jakoby rozpo„wszechniona dziedziczność obłąkania przeniosła się i na „charakter posługaczy" itd. Prawdą niestety jest, że posługacze kulparkowscy przechodzą wszystkich innych swych kolegów pod względem nieudolności i brutalności. A gdy mowa o nich, wypada nam zastanowić się nieco nad smutnemi faktami, które stały się powodem interpelacyi w Sejmie.

W roku bieżącym, a raczéj w 1szém półroczu, zdarzyły się w Kulparkowie według p. Hoszarda 6, według p. Spławińskiego zaś aż 10 przypadków śmierci gwałtownéj oraz 2 przypadki uszkodzenia cielesnego. O 4 przypadkach zabójstwa przytoczonych przez posła Spławińskiego referent nie wiedział, mimo to nie ulega wątpliwości, że one się zdarzyły, skoro pierwszy przytoczył nie tylko nazwiska zmarłych, ale i dni, w których sekcyje ich zwłok się odbyły. Trudno zaiste pojąć, zkąd pochodzi ta sprzeczność co do liczby trupów, ale mniejsza o to. Zmarłych tych podzielimy na 2 kategoryje, jednak nieco odmiennie od p. referenta: do pierwszéj zaliczymy kobietę zmarłą z uduszenia się i mężczyznę zabitego przez obłąkanego, do drugiéj resztę, bo nie przypuszczamy, co zresztą nie jest udowodnioném, jakoby jedna kobieta umarła skutkiem spadnięcia ze stołu; u wszystkich tych 8miu osób żebra okazały się złamanemi w mniejszéj lub większéj liczbie. Pomijamy już 2 osoby należące do 1éj kategoryi, bo przypadki samobójstwa lub śmierci wywołanéj przez obłąkanego zawsze się zdarzały i zdarzać będą w zakładach pomimo najlepszego dozoru; jednak przypadki takie powinny być nie zbyt częstemi. Mamy przed sobą sprawozdania z zakładów dla obłąk. w Warszawie z lat kilku; otóż od r. 1836—1873 nie było żadnego przypadku samobójstwa, w r. 1873 2 przyp., w r. 1874 tylko 1, w latach zaś 1875 i 1876 po 2. Według wykazów urzędowych w 118 zakładach publ. i pryw. istniejących w królestwie pruskiém umarło w r. 1875 1519 obłąkanych, a pomiędzy nimi 16 z samobójstwa. W Kulparkowie atoli w ciągu 2 tygodni zdarzyły się 2 przypadki, a co okropniejsza, w ciągu pół roku nadto 8 przypadków śmierci gwałtownéj i 2 przyp. obrażenia wywołane przez posługaczy, albo przynajmniéj nie własną ręką, ani przez obłąkanych. Jeżeli następnie zważymy, że z tych 8 przypadków śmierci gwałtownéj zdarzyła się połowa w jednym miesiącu lutym, a 2 w marcu, oraz 2 w lipcu, to ze smutkiem przyznać musimy, że w Kulparkowie dzieją się rzeczy nader nie zwykłe, a sam p. referent przyznaje, „że „na chlubę ludzkości roczniki mało takich faktów dzikich „wykazują." P. referent przytoczył cały wykaz przypadków samobójstwa lub śmierci i obrażenia wywołanego przez obłąkanych, — przypadki te atoli wcale tu nie wchodzą w rachubę — a umiał tylko przytoczyć 2 przypadki śmierci wywołanéj przez posługaczy. Do tych 2 przypadków moglibyśmy dodać jeszcze kilka innych, znanych nam z piśmiennictwa, moglibyśmy dodać i przypadek, który w roku zeszłym zdarzył się w Krakowie, jednak i my nie zdołalibyśmy podać takiéj liczby, jaką w ciągu pół roku szczyci się Kulparków. Smutne to zjawisko wyjątkowe musi mieć szczególne swe przyczyny; zastanówmy się więc nad przyczynami, które podaje p. referent.

Jedną z przyczyn ma być przepełnienie zakładu. Nie spodziewaliśmy się wprawdzie, aby zakład kulparkowski tak prędko był przepełnionym, a to z powodu, że kosztował przeszło milijon zła. Przy nowych budowlach, urządzonych bez przepychu ale zgodnie z obecnemi wymogami nauki, obliczają w Niemczech, że jedno miejsce dla obłąkanego powinno kosztować 1000 talarów, z czego wynika, że kosztem jednego milijona zła. należało wystawić zakład przynajmniéj dla 600 chorych, a Kulparków przecież dotąd nie mieści jeszcze 500. Ponieważ nie słyszeliśmy nigdy o przepychu w Kulparkowie, ale za to o dotkliwych wadach i brakach, więc rzecz jasna, że budowano drogo i niepraktycznie, skoro już przy 450 chorych zakład jest przepełniony. Ale przypuściwszy fakt przepełnienia, to zaiste nie ma zakładu na świecie, którýby obecnie nie skarżył się na przepełnienie, a przecież w żadnym nie dzieją się podobne rzeczy.

Drugim powodem ma być niedostateczny nadzór lekarski, wynikający ze stósunkowo małéj liczby lekarzy, i dlatego Wydział proponuje, aby odtąd zamiast 3 a względnie 4, było 5 lekarzy. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że liczba lekarzy była dotąd niedostateczną (w Warszawie na 400 chorych jest 5 lekarzy), a z tego powodu wniosek Wydziału tylko pochwalić możemy. Z drugiéj strony atoli niedostateczna liczba lekarzy nie usprawiedliwia jeszcze a nawet nie tłumaczy ciężkich wykroczeń, jakich dopuszczali się posługacze. W Warszawie lekarz naczelny mieszka wprawdzie w pobliżu szpitala Dzieciątka Jezus, ale daleko od szpitala św. Jana Bożego, z lekarzy zaś ordynujących po jednym tylko mieszka w każdym szpitalu, a przecież o nadużyciach podobnych nigdy nie słyszano.

Trzecią wreszcie przyczyną według p. referenta jest zła służba, a jest złą dlatego, bo jest za mało liczną i za mało inteligentną. Że służba w Kulparkowie jest złą, bardzo złą, na to chętnie się zgadzamy. Jednak, jak wyżéj wspomnieliśmy, w całym świecie skarżą się na złą, mało inteligentną służbę a przecież nigdzie nie ma takich wybryków. Jako okoliczność, nie usprawiedliwiającą ale łagodzącą winę posługaczy kulparkowskich przytacza p. referent, że się znajdują w obec siły zwierzęcéj szalonego. Otóż ta wygórowana, nie zwykła, nadludzka siła szaleńca, o któréj dawniéj tyle prawiono, w większéj części jest płodem fantazyi. Szaleniec wprawdzie zdolnym jest do długich natężeń, bo niema uczucia znużenia, ale siła jego zazwyczaj nie jest powiększona, a zwinny posługacz bardzo łatwo poskromić go może. Co większa wysileniom szaleńca towarzyszy znaczne a czasem nagłe zmniejszenie się ciężaru ciała i osłabienie, tak, że trafnie wyraża się jeden z psychijatrów, iż następuje u niego „bankructwo skutkiem utraty ciepła, trwoniącego pełnemi garściami zarówno kapitał jak procent." Inna atoli istnieje okoliczność łagodząca winę brutalnych posługaczy, o których p. referent nie wspomniał; otóż, że obłąkani bardzo często cierpią rozmięknienie kości, a zwłaszcza żeber, skutkiem czego właśnie obrażenia żeber tak często u nich się zdarzają, a złamanie następuje już po użyciu mniejszego gwałtu, aniżeli u zdrowych, czasem nawet jak niektórzy twierdzą, i bez gwałtu. Sprawdzenie więc przy sekcyi rozmiękczenia żeber mogłoby w rzeczy saméj przynajmniej w sensie prawnym łagodzić nieco winę posługacza, jak z drugiéj strony złamanie większéj ilości żeber, zwłaszcza po obydwóch stronach, tam, gdzie można wykluczyć spadnięcie z wysokości lub przytłoczenie wielkim ciężarem, wedle doświad-

czenia sądowolekarskiego świadczy wymownie o przyklękaniu i ugniataniu kolanami.

Nie przeczymy, że służba może być lepszą, jeżeli będzie lepiéj płatną, jeżeli otworzą się dla niéj widoki postąpienia na wyższą płacę w razie dobrego sprawowania się i zabezpieczenia egzystencyi na przypadek niezdolności do pracy. Gudden radzi, aby lepszym posługaczom umożebnić także założenie ogniska domowego przy zakładzie, aby ich tém bardziéj do niego przywiązać. Przedewszystkiém atoli należy służbę znacznie powiększyć, im bowiem jest liczniejszą, tém lepszą, a szkoda, że Wydział teraz dopiero *post tot discrimina rerum* przychodzi do tego przekonania. Jakkolwiek posługacze dotychczasowi ciężkich przewinień się dopuszczali, to mimo to nie nazwiemy ich jeszcze wyrzutkami ludzkości, bo mają oni zadanie bardzo trudne, a pochodząc z warstw najniższych a narażeni częstokroć na napaści obłąkanych nie bywają wolnymi od brutalności. Aby zaś służba była lepszą, inteligentniejszą i bardziéj ludzką, na to nie wystarcza ani lepsza płaca, ani powiększenie liczby, na to przedewszystkiém potrzeba przykładu z góry i zgodnego współdziałania lekarzy.

Przyznajemy, że wyjaśnienie p. referenta jest dla nas niedostateczném, jak niém było dla pp. posłów, którzy w téj sprawie głos zabierali. Okoliczności przytoczone przez p. referenta, jakkolwiek uzasadnione, jednak nie tłumaczą jeszcze smutnych zajść kulparkowskich. Nie zasięgaliśmy umyślnie bliższych informacyj we Lwowie, z obawy, aby takowe nie były jednostronnemi, abyśmy więc i my nie ściągnęli na siebie zarzutu, że funkcyjonaryjuszom przypisujemy „winy, których nie popełnili, a które im imputuje czy to prywata, czy zawiść, czy nareszcie zemsta.“ Tajemnic zakulisowych nie znamy, bo ich znać niechcemy, nie obwiniamy i nie posądzamy nikogo, jednak wypowiedzieć musimy przekonanie nasze, że obok powodów przez p. referenta przywiedzionych inne jeszcze okoliczności istnieć muszą, wpływające szkodliwie na zakład w Kulparkowie. Rzeczą jest widoczną dla wszystkich, że w tym zakładzie jest „coś zbutwiałego,“ skoro rzeczy niezwykłe się dzieją. Jakżeż znacznie różni się wszystko to, co się tam dzieje, od tego, co nieodżałowany Griesinger uważa za konieczny warunek dobrego zakładu. Każdy zakład dla obłąkanych, powiada on, nie jest niczém innem, jeno szpitalem chorób mózgowych, nie jest więc ani domem poprawy, ani więzieniem, fabryką itd.; pozostawać on powinien tylko pod kierownictwem lekarza, który dzierży władzę prawie nieograniczoną i wszystkie siły obraca na korzyść całości; od jego przymiotów osobistych i naukowych zależy po największéj części duch panujący w zakładzie. Oprócz wiadomości lekarskich wymaga się od psychijatry także pewnych przymiotów duchowych, jakoto dobroci, cierpliwości, panowania nad sobą, braku uprzedzenia, znajomości ludzi, biegłości w konwersacyi i zamiłowania do swego zawodu. Lekarze pomocniczy popierają naczelnika w leczeniu, w prowadzeniu korespondencyj i dzienników, zajmują się oględzinami pośmiertnemi, czynnościami chirurgicznemi itd. Aby zaś mechanizm powikłany poruszał się w porządku i bez hałasu, nie wystarczają same przepisy i statuty; porządek rozumowy musi wnikać w obyczaje i zwyczaje a przykład przełożonego udzielić winien ducha dobrego i najniższym organom. W zakładach dla obłąkanych panować winien porządek wzorowy, a nie owo *laisser-aller* rzekoméj dobroduszności. Wstępujący do zakładu, czy to zdrowi czy chorzy, doznawać powinni wrażenia dobroczynnego, że tu panuje rozum, spokój i energija.

Jeżeli zaś w zakładzie kulparkowskim podobny duch nie panuje, to, z boleścią wypowiedzieć to musimy, w obec lekarzy odpowiedzialność spada już nie na sam Wydział krajowy, ale i na kierownika. Jak w armii wódz naczelny odpowiada w obec opinii za wszelki objaw nieporządku lub braku karności, tak dyrektor nie może być wolny od zarzutu, jeżeli w zakładzie dla obłąkanych zdarzają się rzeczy niezwykłe. Powinien on być nader czułym na wszelki objaw niekarności lub niedbalstwa, czy on pochodzi od podwładnych lekarzy, od administracyi lub służby, a tém bardziéj na inne wykroczenia. Potrzeba tu żelaznéj woli i energii ze strony przełożonego, a karności najściślejszéj ze strony podwładnych. Czyż dzielny dawniéj prymaryjusz wiedeński miał postradać energiję lub natrafić na przeszkody jakieś lub opór ze strony podwładnych? Niewiemy, ale trudno rzecz inaczéj sobie tłumaczyć.

Mimowoli nasuwa nam się porównanie między Lwowem a Warszawą. Niedawno temu zwiedziliśmy oddziały dla obłąkanych w Warszawie; znajdują one się pod względem umieszczenia w stanie okropnym, jeżeli je porównamy z zakładami nowszemi, bo też jeden z tych oddziałów istnieje od lat 150, a więc bliżéj opisać go nie potrzeba. Ale mimo to, jaki tam panuje spokój, jaki ład w tych warunkach możebny, jaka harmonija pomiędzy lekarzami. Lekarz naczelny posiadający istotnie warunki Griesingerowskie, miły, grzeczny, cierpliwy, władający wszystkiemi prawie językami nowszemi, znający dokładnie wszystkich swych chorych, poważany przez kolegów i służbę a nawzajem z wielkim szacunkiem o kolegach podwładnych wyrażający się, otóż przykład, jak i w podziemiu dantejskiém można utrzymywać porządek! Zaprawdę gdyby to nie Warszawa, porównanie byłoby dla nas nadzwyczaj upokarzającém i bolesném.

Zapewne zarzuci nam ktoś, że odbiegliśmy od przedmiotu głównego, od posługaczy żebra łamiących. My jednak przedmiot ten, jakkolwiek on wywołał rozprawy w Sejmie, uważamy tylko za objaw smutny, ale nie za cierpienie główne. Objawów takich nie będzie więcéj, jeżeli w zakładzie panować będzie rygór, harmonija i ścisły dozór. Środki zaradcze przez Wydział proponowane zapewne zdolne są znacznie przyczynić się do usunięcia złego, ale w wielkiéj części spełnienie tego ważnego zadania ciąży i na dyrektorze oraz lekarzach zakładu. Do nich bowiem należy nietylko ścisła kontrola nad posługaczami, ale odpowiednie rozdzielenie ich w miarę zdolności i usposobienia pomiędzy chorych, oraz zapobieganie pokusie do użycia gwałtu (porówn. prof. Gudden: *Über Rippenbrüche bei Geisteskranken, Archiv f. Psychiatrie II.*).

Powyższe uwagi nasunęły nam się po przeczytaniu rozpraw sejmowych; podaliśmy je ściśle przedmiotowo i wstrzymujemy się od wszelkich dalszych wskazówek, skoro, jak powiedzieliśmy, zakładu nie znamy. Tyle jednak jest pewném, że jeżeli rozprawy sejmowe, które tyle usterków wykryły, nie mają zniszczyć do szczętu zaufania do zakładu, pod każdym względem drogiego, usunięcie złego jest naglącém. Wnioski Wydziału krajowego mają na celu dobro zakładu i naprawienie błędów dawniejszych, dlatego bezwzględnie zgadzamy się na nie: począwszy od drogi do Kulparkowa, od środków mających na celu zabezpieczenie gmachu, wystawienia domu gospodarskiego, przeistoczenia łazienek i wychodków, aż do powiększenia liczby lekarzy, urzędników i posługaczy

i podwyższenia ostatnim płacy, a głównie zabezpieczenia im prowizyi na przypadek niezdolności do pracy, wszystko to jest zbawiennem i dlatego spodziewamy się, że Sejm nie będzie szczędził wydatków, bo idzie o utrzymanie zakładu, który już kosztował ogromne sumy. Nie wątpimy też, że lekarze zakładowi użyją całéj swéj energii w poparciu usiłowań Wydziału, pomni na to, że patrzy się na nich kraj cały, który zabiegi ich zapewne oceni i poprawi także ich los, który dotąd wcale nie jest świetny, ale zarówno żywimy nadzieję, że Wydział krajowy w przyszłości baczną zwróci uwagę na zakład kulparkowski i każdy objaw niedbalstwa, bezkarności, a tém bardziéj nieludzkości, przytłumi w samym zarodzie, nie czekając na orzeczenie sądowe, a wtedy przy należytém działaniu wszystkich czynników zakład ten wzniesiony krwawym potem biednego ludu uzyska należne sobie stanowisko i znaczenie, a kraj nas nie ściągnie na siebie zarzutu, że rządzić się nie umie. *Prof. Blumenstok.*

III. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 26 września. Dowiadujemy się, że już przed kilku tygodniami przeniesiono chorych do 2 nowych pawilonów na gruncie szpitala św. Łazarza zbudowanych. Gdzieindziéj takie przenosiny odbywają się z pewną uroczystością, przyczém zaprasza się reprezentantów władz, lekarzy, redakcyje itd. U nas wszystko odbyło się w cichości, nic więc dziwnego, że o tych przenosinach nic dotąd nie donieśliśmy. Obecnie donoszą nam, że już na pierwszy rzut oka widzi się w nowych zabudowaniach dużo niedostatków, tak że niestety uzasadnionemi okazują się obawy, przy rozpoczęciu budowy po kilkakroć w naszém piśmie objawione. Już sam front nie robi takiego wrażenia, jakby przystało na gmach, który kosztował blisko 200,000 zła., wejście i przedsionek są wąskie i szczupłe, tak że szpital św. Ludwika przeznaczony dla 80 chorych dzieci a kosztujący zaledwie 50000 zła. ma wejście o wiele piękniejsze i stósowniejsze. W niskiéj i małéj, zaledwie kilka metrów kwadrat. mającéj sieni znajduje się nie mniéj ani więcéj aniżeli 9 drzwi! istny to labirynt i to ciasny, tak że z chorym już teraz zaledwie obrócić się można, a cóż dopiero będzie, gdy w listopadzie przybędą chorzy ze szpitala św. Ducha. Następnie bardzo niestósownie umieszczoną jest sala przyjęcia chorych, kancelaryje lekarzy są tak szczupłe, że ledwie starczą dla jednéj osoby a nie dla trzech lub czterech, mieszkania dla sekundaryjuszów są ciemne i położone najgorzéj, dużo jest muru bezużytecznego, jak np. suteryny pod wszystkiemi trzema budynkami itd.; wszystko robi wrażenie, jakoby budowano bez należytego zastanowienia i bez zasiągnięcia zdania osób kompetentnych; a teraz podobno robią znów wodociągi dla szpitala nie pomyślawszy poprzednio o kanałach, któremi woda ta mogłaby odpłynąć.

Z nieodpowiedniém urządzeniem budynków wiąże się także kwestyja zaprowadzenia t. zw. klas. Już przed kilku laty Wydział krajowy rozporządził, aby przyjmować chorych według klas, czego jednak dotąd nie uczyniono, ponieważ miejsca nie było. Obecnie gdy oddział I. zajął nowe pawilony, pomyślano i o klasach. Po dokładném rozpatrzeniu się atoli okazało się, że tylko w pawilonie przeznaczonym dla chorych na umyśle można będzie urządzić klasę pierwszą, tj. że chory będzie miał osobny pokoik należycie umeblowany i przedpokoik dla osobnego służącego; w innych zaś oddziałach, nie wyjąwszy nawet oddziału dla chorób wewn., umieszczonego w nowych pawilonach, starczy miejsca zaledwie na urządzenie klasy drugiéj, tj. takiéj, gdzie kilku chorych będzie miało pokój wspólny przyzwoicie umeblowany i wikt z większym doborem potraw. Lekarze ordynujący przedstawili spis przedmiotów, które będą potrzebne do urządzenia tych klas, a wymagają wydatku do 4000 zła. Zdaniem naszém Wydział krajowy zgadzając się na ten wydatek odda wielką usługę publiczności, zwłaszcza inteligentnéj a mniéj zamożnéj, która za mierną opłatą znalazłaby odpowiednie pomieszczenie, pielęgnowanie i opiekę lekarską. Z drugiéj zaś strony zdaje nam się być rzeczą niestósowną pobierać od chorych opłatę wyższą, zanim klasy należycie wyposażone zostały, a co w kilku przypadkach już miało miejsce. (Klasa 1sza kosztować będzie 3 zła., klasa 2ga na oddziałach wenerycznym i umysłowym 1,60, na innych tylko 1,25 dziennie.)

* Oglądaliśmy temi dniami suchary wyrabiane w piekarni podgórskiéj parowéj pana Gustawa Barucha dla wojska naszego. Jestto wyrób znakomity pod względem higijenicznym, zaleca się bowiem dobrocią mąki oraz smakiem wcale przyjemnym. Suchary mają postać placków czworobocznych, płaskich, a rozłamane na kawałki i rozmoczone w płynie gorącym w przeciągu 5 minut stanowią pokarm pożywny i przyjemny tak w rosole, jakoteż w mleku, kawie, lub herbacie. Powinszować tylko można wojownikom w Bośnii i Hercogowinie takiego chleba powszedniego.

* Optyk tutejszy p. August Biasion otrzymał tytuł optyka kliniki chorób ocznych Uniw. Jagiell.

* Statystyka śmiertelności. W tygodniu 36 (od 1 do 7 września włącznie) umarło w Krakowie razem osób 25, męż. 9 i kob. 16; 9 osób w obwodach i 16 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 23.3. Z chorób zakaźnych umarło w tymże czasie 5 osób; mianowicie 1 osoba z dławca, 2 osoby w krztuśca, 1 osoba z duru osutkowego i 1 osoba z czerwonki.

* **Wiedeń.** Z powodu mobilizacyi części armii ogłoszony został awans nadzwyczajny, którym objęci są i lekarze wojskowi. Naczelnikiem 14go oddziału w ministerstwie wojny został mianowany starszy lekarz sztabowy Dr. Wilhelm Frueth, 4 starszych lekarzy sztabowych 2iéj kl. posuniętych zostało na klasę 1szą. 5 lekarzy sztabowych na starszych lekarzy sztabowych, 10 lekarzy pułkowych na lekarzy sztab., 13 lekarzy pułkowych 2iéj na kl. 1szą, 17 lekarzy starszych na lekarzy pułkowych 2iéj kl.

* **Odznaczenia.** Dr. Teofil Glück w Bukareszcie (Krakowianin i uczeń tutejszego uniwersytetu) otrzymał order korony pruskiéj 3iéj klasy. — Dr. Otton Kahler potwierdzony został jako docent pryw. patologii lekarskiéj szczegółowéj w Pradze czeskiéj.

* **Nekrologija.** Zaledwo doszła nas wiadomość o śmierci dwóch kolegów w Tarnopolu, a mianowicie Dra Żebrackiego, lekarza powiatowego, i Dra Studzienieckiego, a już przychodzi nam zapisać smutną wiadomość o śmierci Dra Henryka Hinzego lekarza praktykującego we Lwowie, który wczoraj umarł tu w Krakowie z gruźlicy płucnéj licząc lat zaledwie 30. Dr. Hinze używał powszechnego szacunku tak pomiędzy kolegami w Krakowie, jakoteż i we Lwowie, gdzie w krótkim czasie pozyskał wcale piękną klijentelę. Cześć jego pamięci!

* **Epidemije.** Dur powrotny w Krakowie już prawie ustał; obecnie znajdują się tylko dwie chore w szpitalu św. Łazarza a kilku chorych u Bonifratrów. — Płonica panuje w Wrocławiu; od 1 lipca do 7 września zmarło z niéj osób 31. — Gorączka żółta grasuje ciągle w południowych i zachodnich Stanach Ameryki północnéj; zmniejszyła się nieco z ustąpieniem upałów od d. 15 b. m.

* **Konkurs.** Dyrekcyja zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie ropisuje konkurs na posadę lekarza tegoż zakładu oddziału kobiet. Płaca roczna wynosi 1000 zł. a. w. (z wiktem, pomieszkaniem i opałem, oraz z dodatkiem 5-letnim 150 zł. w. a.); stabilizacyja po upływie roku; podania do 10 października rb. do Dyrekcyi z załączeniem krótkiego opisu życia, metryki urodzenia, dyplomu Dra med., wyłuszczeniem zatrudnienia dotychczasowego i uzdolnienia.

Do Szanownych Członków Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego!

Gdy według doniesienia Komisyi terminologicznéj Towarzystwa naszego praca nad polskim słownikiem wyrazów lekarskich daleko już postąpiła i najpodobniéj do prawdy z upływem roku bieżącego ukończoną zostanie, upraszamy ponownie Sz. kolegów, by uwagi swe lub przyczynki do téj pracy, jak najrychléj na ręce Sz. kolegi prof. Dra Janikowskiego (w Krakowie przy ulicy Górnych Młynów 122.) nadsyłać raczyli.

W imieniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego
Dr. S. Pareński, Sekretarz stały. *Dr. S. Domański*, Prezes.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przeglad Lekarski wychodzi co sobota w objętosci średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 5 października 1878. № 40. Rok XVII.

I. Przypadek gruźliczego przeistoczenia gruczołów oskrzelowych i nerwu wzrokowego. Wytrzeszczak. Wyłuszczenie gałki wraz z nowotworem. Zwyrodnienie gruźlicze części skrzyżowania nerwu wzrokowego. Śmierć w skutek gruźliczego zapalenia opon miękkich mózgu.

Obserwował i skreślił Dr. **A. J. Laskiewicz-Friedensfeld**,
Sekundaryjusz w szpit. powsz. we Wiedniu, oraz demonstrator w zakł. histologiczno-fizyjolog. prof. Brückego.

Z powodu wielkiéj swéj rzadkości zasługuje niniejszy przypadek na szczególne uwzględnienie. Choroba, którą nazywamy gruźlicą przewlekłą, a która bardzo często zdarzając się w wieku dziecięcym i młodociannym, wiele pochłania ofiar, przebiegała w naszym przypadku całkiem wyjątkowo. Bardzo często gruźlica, szczególnie w wieku dziecięcym, bierze początek swój w oskrzelowych gruczołach chłonnych w postaci ich przerostu drobnokomórkowego, ubytu lub téż rozpadu serowatego; często bardzo rozwijają się w samych gruczołach gruzełki prosówkowe, ulegające rozpadowi. Skaza krwi, właściwa téj chorobie, a polegająca, jak nas uczą doświadczenia na zwierzę[illegible], na zanieczyszczeniu soków odżywczych, limfy a nawet i krwi, składnikami gruzełków lub cząsteczkami tkanin zserowaciałych, prowadzi w dalszym biegu choroby do tworzenia się ognisk przerzutowych. Ogniska te występują już to w postaci zapaleń z przejściem w zserowacenie, zwapnienie, zrogowacenie, już téż to w postaci nowotworu, gruzełków prosówkowych, które w wielkiéj, nawet w niezliczonéj ilości pojawić się mogą na tle zapalném w tkance zserowaciałéj, rozpadłéj, albo niezależnie od sprawy zapalnéj w różnych narzędziach mogą rozwijać się i niekiedy do dość znacznych dochodzą rozmiarów. Narzędzia oddychowe stanowią najczęściéj punkt wyjścia gruźlicy przewlekłéj. W skutek skazy krwi gruźliczéj pojawiają się w błonach surowiczych niezliczone gruzełki prosówkowe, albo takowe zaczynają się rozwijać dopiero na podstawie tkanki zapalnéj, np. w wypocinach tych błon, w zapalnéj błonie stawomaźnéj; w błonach śluzowych znajdujemy owrzodzenie gruźlicze; takież wrzody, choć bardzo rzadko, napotykano również i w skórze. W różnych narzędziach pojawiają się gruzełki tylko przy ogólnym wybuchu tych nowotworów, tak w błonach śluzowych, surowiczych, w płucach, w osłonach mózgu, w trzewach brzusznych. W ośrodkach nerwowych rozwijają się niekiedy gruzełki na podstawie skazy gruźliczéj, do dość znacznéj dochodząc wielkości; rosną powoli, niszczą tkankę nerwową, ulegają rozpadowi i zserowaceniu i dopiero w późniejszym choroby okresie wywołują wybuch ogólnéj gruźlicy prosówkowéj ostréj, któréj chorzy ulegają. W nerwach bardzo rzadko mają początek tego rodzaju twory; dlatego téż przypadek niniejszy zasługuje na ogłoszenie.

Dnia 29 kwietnia 1876 roku przyjęty został do kliniki okulistycznéj prof. **Arlta** we Wiedniu 5-letni podrzutek Maurycy Prochaska, rodem ze wsi N. w dolnéj Austryi. O dziecku tém, przywiezioném przez ludzi obcych, tylko tyle dowiedzić się mogliśmy, że choroba jego, mianowicie wytrzeszczak prawego oka, trwać ma już cały miesiąc.

Stan obecny: Chłopiec mało rozwinięty, budowy delikatnéj, o policzkach rumianych; skóra nadzwyczaj cienka i połyskująca; tkanka tłuszczowa podskórna miernie rozwinięta; dziecię kaszle od czasu do czasu. Oko prawe tak dalece jest naprzód i cokolwiek na zewnątrz wysadzone, że rogówka gałki prawéj w jednéj znajduje się płaszczyznie z grzbietem nosa, przez co powieka górna, nieco opadnięta, znacznie jest rozszerzoną; skóra powieki cienka, przejrzysta; żyły podskórne rozszerzone, wężykowo pokręcone. Powiek chory nie jest w stanie całkiem zamknąć; usiłując otworzyć je, nie może podnieść należycie powieki górnéj prawéj, co polega na porażeniu odpowiedniéj gałęzi nerwu okoruchowego, albo raczéj na ucisku wywartym na mięsień podnoszący powiekę przez nowotwór w oczodole po za gałką siedzibę swą mający. Mięśnie gałki również upośledzone w swéj czynności, tak że gałka oka prawego nie towarzyszy należycie ruchom gałki lewéj. Za nowotworem oczodołowym przema-

wia również znaczny naciek surowiczy spojówki, która na wewnątrz od rogówki w postaci fałdy wciśnięta jest w szparę powiekową; dla całkowitego braku zaczerwienienia, bólu, znacznie zmienionej lub powiększonej wydzieliny, nastrzyknięcia lub powiększenia ciepłoty, można było wykluczyć wszelką sprawę zapalną; naciek ów, pochodzący od utrudnionego lub niemożebnego krwi odpływu przez żyły oczodołowe, zależny jest od tworzenia się nowotworu w tylnéj części oczodołu, a mianowicie w t. zw. ostrosłupie mięśniowym; za tą miejscowością przemawiają: kierunek naprzód i na zewnątrz, w którym gałka jest wypartą, równy stopień upośledzenia czynności mięśni oczodołowych, przedewszystkiém zupełna ślepota oka prawego. Spojówka tego oka nieznacznie zaczerwieniona. Rogówka, jakoteż i inne części światło łamiące tegoż oka są całkiem prawidłowe; tak samo i tęczówka, która się przy oświetlaniu i zasłanianiu oka lewego całkiem prawidłowego porusza, co się rzadko zdarza, skoro nowotwór przechodzi na samą gałkę. Temu odpowiada i napięcie oka, które nie tylko że nie jest powiększone, ale nawet cokolwiek zmniejszone. Przy oświetlaniu dna oka za pomocą wziernika ciekawy przedstawił nam się obraz: w miejscu brodawki nerwu wzrokowego znajdowała się wypukła, biała masa, któréj szerokość 5 razy, a wysokość 6 razy była większą od średnicy zwyczajnéj brodawki nerwu wzrok. Masa ta sterczała tak daleko do wnętrza ciałka szklanego, że refrakcyja jéj przedniéj, nierównéj powierzchni równała się hyperm. tot. ca $^1/_2$. W środku téj masy schodzą się, jak w samej brodawce nerwu wzrokowego, znacznie rozszerzone i pokręcone naczynia środkowe siatkówki. Nierówna powierzchnia i brzegi strome owej masy sprawiały, iż krótkie odcinki naczyń całkiem były niewidzialne, lub też z powodu przesunięcia jedna ich część nie całkiem odpowiadała przedłużeniu. Masa owa posiada także i własne, bardzo cienkie i również wężykowo pokręcone gałązki naczyń krwionośnych. Po za obrębem jéj naczynia siatkówkowe przebiegają prawidłowo. Tu i owdzie, szczególnie w miejscu, gdzie się naczynia zginają, znajdują się złogi wypociny szaro-białawéj, lub między nią a naczyniówką; naczynia gdzieniegdzie przebiegają po nad temi złogami. Najwięcéj takich plam było w dolnéj i wewnętrznéj części dna oka.

Rozpoznawszy nowotwór w tylnéj części oczodołu się znajdujący i zajmujący sam nerw wzrokowy, przystąpiono, jako do jedynego środka leczniczego, do wyłuszczenia gałki ocznéj wraz z guzem, które wykonał d. 3go maja Dr. Sattler, wówczas asystent kliniki. Choć szczególnie w ostatnim czasie szybko mnożą się przypadki, w których operatorowie wydobywają nowotwory z oczodołu z pozostawieniem gałki (Wecker, Narkiewicz-Jodko, Knapp i wielu innych) a nawet przy współczulném cierpieniu oka zamiast wyłuszczenia wykonywano przecięcie nerwów rzęskowych tylnych (Schöler i inni), to jednak w tym przypadku nie można było pozostawić gałki, pomimo, że Arlt sam bardzo rzadko i tylko z koniecznéj potrzeby wykonywa tę operacyję, u dzieci nadto niechętnie, gdyż jama oczodołowa u małych dzieci cokolwiek mniejsza, późniéj coraz więcéj się zmniejsza, co stanowi niemożebném noszenie sztucznego oka. W przypadku naszym sądzono, że nowotwór z powodu szybkiego rozrostu i bogactwa w naczynia zapewne złośliwéj był przyrody i wzdłuż nerwu wzrokowego dostał się aż do brodawki tegoż przedstawiając ów ciekawy obraz oftalmoskopijny dna oka, że więc wyłuszczenie gałki całkiem ociemniałéj było koniecznością; chcąc ją pozostawić należałoby dziecko przez dłuższy czas znieczulać i narażić na silny krwotok. Odciąwszy mięsień prosty wewnętrzny przekonał się operator, że guz większy niż gałka prawie bezpośrednio łączył się z nią, tak że granice ich nie dały się należycie palcami wymacać. Gdyby pozostawiono gałkę, łatwoby po za nią mogła zatrzymać się ropa i przeniknąć aż do jamy czaszki. Po wyłuszczeniu gałki i nowotworu o postaci i wielkości małego jaja kurzego, o powierzchni gładkiéj, pochwami nerwu wzrokowego pokrytéj, przekonano się, że ów miękki i nieco sprężysty nowotwór nie przechodzi bezpośrednio w gałkę, lecz że odciągając guz podłużny od gałki widzi się króciutką część nerwu wzrokowego przechodzącą w kierunku osi guza aż do gałki, tak że guz i gałkę o nerw wzrokowy jak o oś okręcić było można. Po operacyi nałożono opaskę uciskającą.

Następnego dnia 4go maja wieczorem, gdy odnowiono opaskę, spostrzeżono znaczne obrzmienie i zaczerwienienie powiek, których skóra była mocno napiętą, połyskującą. Po wstrzyknięciu roztworu nadmanganianu potasowego wprowadzono do jamy oczodołowéj sączek 3 cm. długi, ażeby uniknąć zatrzymania się ropy w głębi jamy oczodołowéj. Przy téj manipulacyi doznawał chory gorączkujący silnych bolów. Opaskę odmieniano 2 razy na dzień.

Pomimo wszelkiéj ostrożności w opatrywaniu rany, pomimo pilnego wprowadzania sączków, jama oczodołowa coraz bardziéj się wypełniała. Sądzono, że nowotwór choć otorbiony znów zaczął bujać od dośrodkowéj, tylnéj części nerwu wzrokowego, która nie całkiem ostro była od nowotworu odgraniczona. Jednak znaczne zaczerwienienie i obrzmienie powiek, powiększona ilość wydzieliny, silniejsza gorączka, znaczniejszy ból, powiększona ciepłota miejscowa, wszystko to razem wziąwszy przemawiało raczéj za przewlekłém zapaleniem poranném tkanki łącznéj i tłuszczowéj oczodołu.

Dn. 1 czerwca. Pod powieką dolną w okolicy policzka prawego powstało ograniczone nabrzmienie i zaczerwienienie skóry, nieco wzniesionéj i bolesnéj.

Dn. 6 czerwca. Chełbotanie w téj okolicy całkiem dokładnie daje się wyczuć: otworzono więc ropień i wprowadzono sączki. Okłady ciepłe.

Dn. 12 czerwca. Obrzmienie, naciek powiek, bolesność zmniejszyły się. Okładów ciepłych już nie użyto.

Dn. 18 lipca. Powieki znowu mocno nasiąknięte, zaczerwienione, nieco sinawe; z trudnością dają się otworzyć; przy odemknięciu występuje fałda obrzmiałéj spojówki, 2 cm. szeroka i 6 mm. gruba. Wydzielina ropna nieco powiększona. Odpowiednio brzegowi podoczodołowemu daje się pod skórą wyczuć odgraniczony naciek wielkości jaja gołębiego, przesuwalny. Użyto opaski uciskającéj; późniéj przecięto ropień podskórny i wprowadzono znowu sączki.

Dn. 1 października. Chory 2 razy wymiotował. Wzrok na lewém oku nie upośledzony, jednak granice brodawki nerwu wzrokowego stały się niejasne; naczynia dośrodkowe siatkówki więcéj były pokręcone i znaczniéj rozszerzone. Rozpoznano rozpoczynające się zapalenie nerwu wzrokowego lewego.

Dn. 4 paźdz. Chory już nie opuszcza łóżka z powodu znacznego osłabienia. Doznaje nudności; od czasu do czasu pojawiają się wymioty. Brak apetytu. Do tych objawów przyczynił się ból głowy. Tętno rzadsze. Ciepłota nieco powiększona.

Dn. 6 paźdz. Stan gorączkowy. Tętno rzadkie. Znaczniejszy ból głowy.

Dn. 10 paźdz. Wymioty coraz częstsze. Osłabienie, ból głowy coraz większe. Z powodu poczynającego się zapalenia

opon mózgowych przeniesiono chorego do kliniki chorób wewnętrznych prof. Duch eka, gdzie umarł d. 14go października.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski**, lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

V. Choroby zaziębne.

21. Gościec ostry. (*Rheumatismus acutus.*)

Różne odmiany gośćca, z których jedne dotyczą stawów, drugie błon ścięgnistych, inne błon surowiczych, inne wreszcie mięśni, stanowią najważniejsze grono pomiędzy chorobami przeziębnemi. Liczne są teoryje, przy pomocy których starano się dziwne zjawiska gośćcowe wytłumaczyć; niewiadomo mi jednak, by ktokolwiek dotychczas poczytywał gościec i choroby przeziębne w ogóle za choroby zaczynowe czyli grzybkowe. Z dawniejszych teoryj przytaczam trzy: *a)* jedni uważali zniesienie przeziewu skórnego w skutek działania zimna (*unterdrückte Hautausscheidung*) za istotę przeziębienia; wprawdzie według nich wydzielanie skóry ustaje zawsze, ile razy skóra na działanie zimna jest wystawiona, ale w zwyczajnych warunkach podwyższona czynność innych narządów wydzielniczych np. nérek, równoważy to zboczenie; przy przeziębieniach zaś taka równowaga nie następuje. Ta teoryja bardzo chroma, jeśli zważymy, że do wywołania zjawisk przeziębienia wystarcza wystawienie kilku cali skóry np. podeszwowéj na działanie zimna, w którym to przypadku nagromadzenie się wydzielin w skutek upośledzonéj czynności skóry niemogło być znaczne; daléj pociągnięcie skóry u zwierząt pokostem nie wywoluje przypadów podobnych do przeziębienia. *b)* Podług innéj teoryi, któréj jak się zdaje także Seitz hołduje (Seitz w dziele Ziemssena XVII. 1. *Erkältungskrankheiten.*) przedstawiają sobie lekarze w następujący sposób sprawę przeziębienia: Jeżeli działanie zimna dosiągnęło pewnego stopnia i przekroczyło pewien czas trwania, zostają nerwy skóry zadrażnione, a zadrażnienie to udziela się ośrodkom nerwowym, a ztąd sposobem odruchowym przechodzi zadrażnienie na inne tory nerwowe. Jeśli te odruchy przechodzą na nerwy czulne, mają powstawać bóle gośćcowe, jeśli przechodzą na nerwy naczynioruchowe, powstaje przekrwienie w naczyniach: nieżyty, jeśli na nerwy odżywcze (*n. trophici*), powstają różne formy zapaleń, jeśli na ośrodek regulujący ciepłotę, powstaje gorączka. U niektórych osób (według téj teoryi) przechodzą bodźce odruchowe, gdziekolwiekby wpływ przeziębny zadziałał, zawsze na pewne tory nerwowe a narząd w ten sposób zwykle nagabywany nazywamy narządem mniejszéj odporności (*pars minoris resistentiae*). Prócz tego, że teoryja ta jest widocznie naciągniętą, sprzeciwia jéj się i ta okoliczność, na co i Seitz zwraca uwagę, iż żadne inne wpływy, czyto fizyczne (uderzenie najsilniejsze), czy chemiczne, czy jakiekolwiek inne, jeśli na skórę w którémkolwiek miejscu zadziałają, żadnych podobnych skutków odruchowych, w ogóle nic podobnego do przeziębienia nie wywolują. *c)* Według trzeciéj teoryi przeziębienie polega na tém, że krew w skutek skurczu naczyń powierzchownych inne obiera sobie tory i to przekrwienie narządów wewnętrznych staje się przyczyną nieżytów itp., ale i ta teoryja upada, jeśli się zważy, że przy wzbudzeniu sztucznéj bezkrwistości w odnogach sposobem Esmarcha daleko większe zmiany w krążeniu następują niż przy przeziębieniu, a mimoto żadnego objawu podobnego do objawów przeziębienia w ten sposób wywołać nie jesteśmy w stanie. Według mego zdania należy i choroby przeziębne a w szczególności gościec ostry policzyć do chorób zaczynowych, a sprawę zaziębienia poczytać za wnikanie zaczynów przeziębnych do ustroju za pośrednictwem gruczołów potnych.

Do takiego zapatrywania się na gościec a następnie i na inne choroby przeziębne naprowadziła mię dziwna skuteczność kwasu salicylowego przeciw gośćcowi. Z początku starałem sobie w ten sposób tłumaczyć skutek ten, iż w gośćcu ostrym brakuje jakiegoś składnika we krwi, który to brak wypełnia kwas salicylowy.

Tłumaczenie to lekarzowi najprzód się nasuwające okazuje się przy bliższem zastanowieniu się bezpodstawném i nie fizyjologicznem, gdyż ani badanie krwi gośćcowych nic takiego nie wykrywa, czegoby jéj z pomiędzy prawidłowych składników zbywało, ani badanie moczu prócz powiększenia ilości mocznika a niekiedy moczanów i kwasu moczowego, tudzież prócz zmniejszenia ilości chlorków nic szczególnego, wskazującego na zboczenia w odnowie (*Stoffwechsel*) nie wykazuje; badanie więc wykazuje tylko jak w innych chorobach gorączkowych, powiększoną sprawę gorzenia i nic więcéj; ani wreszcie kwas salicyłowy niema tak szczególnego składu, ażeby składniki jego mogły jakiś prawidłowy składnik krwi lub ustroju zastąpić. Skoro więc skład kwasu salicyl. nie zdołał wyjaśnić działania jego przeciwgośćcowego, trzeba było zwrócić uwagę na inne jego własności. Pomiędzy temi uderza najwięcéj działanie jego tamujące fermentacyję. Odnosząc działanie to przeciwfermentacyjne do gośćca miałem to zadowolenie, iż sprawa dotąd niewyjaśniona gośćca i przeziębienia w ogóle dała się wytłumaczyć w sposób najwięcéj zadowalający z pomiędzy dotychczasowych teoryj tych chorób. Wprawdzie zaczyny te nie są pochwytne dotychczas dla zmysłów naszych, a nawet co do mnie nie posiadając immersyjnych drobnowidów nie mogłem się nawet pokusić o wykrycie optyczne tych najdelikatniejszych tworów chorobowych, może jednak innym badaczom więcéj udoskonalonemi instrumentami, albo przez sztuczne hodowle uda się z czasem wykryć i te szkodniki chorobowe, jak udało się tyle innych wykryć.

Przecież i atomów chemicznych i eteru świetlnego dotychczas nikt nie widział i ciepła utajonego odkrytego przez Blacka nikt nie czuł, a jednak istnienie ich jest niemal dowiedzione. Powiedziałbym, że brak nam zmysłu szóstego, za pomocą którego moglibyśmy nabierać świadomości o tych najdelikatniejszych ciałach, dlatego zastępować go musimy dedukcyją, rozumowaniem. Udowodnienie każdéj hipotezy polega na udowodnieniu, iż po pierwsze hipoteza broniona nie sprzeciwia się żadnym uznanym i dowiedzionym już prawom przyrody, powtóre, iż najwięcéj zjawisk pewnego zakresu, którego hipoteza ta dotyczy, na jéj podstawie da się wytłumaczyć. Obydwom tym warunkom czyni zadość hipoteza zaczynów przeziębnych, gdyż ani żadnemu prawu przyrody się nie sprzeciwia, i wielką liczbę zjawisk przeziębieniu towarzyszących lepiéj tłumaczy niż dawniejsze teoryje. Starałem się tego dowieść co do powstania chorób przeziębnych w rozdziale I — IV, a będę się starał dowieść

tego pod względem dalszego przebiegu tych chorób w następnych rozdziałach (VI — IX). Zaczyny przeziębne, przynajmniéj gośćcowe, należą do miazmatycznych a nie zaraźliwych, rozwijają się zewnątrz ustroju podobnie jak zaduch bagienny (*malaria*), zaczyny zaś przeziębne nieżytowe krztuścowe, błonicowe zdają się być przyrody miazmatyczno-zaraźliwéj, rozwijają się i zewnątrz i wewnątrz ustroju i dlatego mogą szerzyć chorobę i przez zarażenie i bez zarażenia przez przeziębienie.

22. Zapalenie migdałków i gardła nieżytowe, włóknikowe i błonicowe (*Angina catarrhalis, crouposa, diphtheritica.*)

W wieloraki sposób jak się zdaje pojmować należy powstawanie tych chorób, raz przez bezpośrednie zadziałanie zimna i wzbudzenie w migdałkach zapalenia w sposób niejako mechaniczny, drugi raz przez dostanie się zaczynów chorobowych z powietrza atmosferycznego do migdałków, przyczém i prąd dośrodkowy zimnem wzbudzony może współdziałać. W ten sposób powstają, jak się zdaje, szczególniéj zapalenia migdałków i gardła błonicowe, którą to sprawę już pod l. 12 omówiliśmy.

Trzeci rodzaj powstawania tych chorób jest ten, iż zaczyny chorobowe dostawszy się przez gruczoły potne do krwi, wywołują w téjże pewne zmiany, a wynikiem tego zboczenia krwi jest lokalizacyja pewnych złogów chorobowych w miejscach mniejszéj odporności tj. w takich miejscach, których naczynia okazują szczególną skłonność do wypacania tworów chorobowych; miejscem takiém u wielu osób są migdałki. Tylko w ten sposób powstałe zapalenia gardła policzyć by należało do zapaleń gardła przeziębnych właściwych (*kat-exochen*). Odznaczają się one tém, iż poprzedza dreszcz, poprzedza gorączka, a następnie dopiero pojawia się choroba miejscowa.

23. Krztusiec. (*Tussis convulsiva.*)

Krztusiec należy także do chorób przeziębnych i zaraźliwych, który szczególniéj dzieci między 2 a 10 rokiem życia nagabuje. Najczęściéj pojmują autorowie chorobę tę jako czystą nerwicę (*neurosis*) nerwu krtaniowego górnego, któréj to teoryi sprzeciwia się: 1) iż krztusiec występuje zwykle nagminnie, a nerwice nigdy nie szerzą się w ten sposób, 2) iż jest zaraźliwy, podczas gdy żadna nerwica nie jest zaraźliwą, 3) iż rzadko okazuje nawroty, które przy innych nerwicach są zwyczajnemi. Twierdzenie Oppolzera i Löschnera, jakoby krztusiec był prostym nieżytem oskrzelowym, który szerzy się na najdrobniejsze oskrzela, także nie może się utrzymać, gdyż inny jest przebieg nieżytów oskrzeli włosowatych, nie wywołują one takich napadów i nie są zaraźliwemi.

Natomiast wiele prawdopodobieństwa ma twierdzenie Letzericha, który 1870 na podstawie swych poszukiwań doszedł do wniosku, iż krztusiec polega na dostaniu się do dróg oddechowych pewnego rodzaju grzybków wciąganych wraz z powietrzem atmosferycznem. (Steffen w dziele Ziemssena IV. I. 1. str. 270.)

Binz (Tamże str. 305.) opierając się na téj teoryi podawał w krztuścu wielkie dawki chininu, który jak wiadomo wstrzymuje rozwój grzybków, i otrzymał wyniki bardziéj zadowalające niż po wszelkich dotychczas zachwalanych środkach. Potwierdza to Steffen, gdyż podając chinin wewnętrznie lub w lewatywach w ilości 0·60 rano i tyleż wieczorem u dzieci 5 — 8-letnich już po 4 lub 5 dniach potrafił zmniejszyć ilość napadów krztuścowych z 40 na 6 a następnie wkrótce zupełnie je usunąć. Doświadczenia te jednak nie są jeszcze dosyć liczne. W imieniu prawdy dodać muszę, że ja sam chłopcu 7-letniemu krztuścem dotkniętemu podawałem chininu 0·30 rano i tyleż wieczorem codziennie przez 2 tygodnie, jednak bez żadnego skutku. Krztusiec postępował swoją drogą.

W ten sposób dałaby się i zaraźliwość krztuśca wytłumaczyć, trudniejszém do wytłumaczenia jest tylko występowanie napadów krztuścowych.

Policzyliśmy krztusiec do chorób przeziębnych ze względu, iż prócz zarażenia jest przeziębienie najczęstszą przyczyną jeśli nie wywołującą to usposabiającą do gośćca, co z teoryją naszą zaczynów przeziębnych najzupełniéj się zgadza; gdy bowiem wiele grzybków krztuścowych byłoby rozpostartych w powietrzu, potrzebaby tylko przeziębienia tj. rozszerzenia gruczołów potnych i przemiany prądu odśrodkowego na dośrodkowy, aby zakażenie krztuścowe nastąpiło.

22. Nieżyty ostre błon śluzowych (nieżyty nosa, krtani, oskrzeli, żołądka i jelit)

Wszystkie te nieżyty powstają częstokroć po przeziębieniu. Przypuszczając jednak tego rodzaju zaczyny przeziębne, które przez gruczoły potne dostają się do ustroju, bynajmniéj tém nie wykluczamy innych możliwych przyczyn nieżytów i tak mogą one powstawać przez bezpośrednie zadrażnienie błony śluzowéj nosa, krtani lub oskrzeli przez zimno, albo mogą być skutkiem mechanicznych przeszkód w krążeniu, albo mogą powstawać przez bezpośrednie dostanie się pyłu, a nawet zaczynów chorobowych na błonę śluzową narządów oddychania lub trawienia, także przez chemiczne działanie pokarmów na żołądek lub jelita.

Do właściwych jednak nieżytów przeziębnych policzylibyśmy tylko te zapalenia błon śluzowych, które powstały po narażeniu ustroju na działanie zimna i które cechują się najprzód dreszczami i gorączką ogólną a następnie lokalizacyją w jednéj z powyżéj wymienionych tkanin; niekiedy nawet przechodzą bez lokalizacyi i wtedy nazywamy je jednodniówką (*ephemera*).

W ten sam sposób powstać może i ostre zapalenie pęcherza i nerek przeziębne.

23. Zapalenie płuc.

Między 205 chorymi na zapalenie płuc znalazł Grisolle 45 takich, u których z pewnością jako przyczynę choroby wykazać mógł przeziębienie, przemoczenie lub użycie zbyt zimnych napojów. U 34 mógł oznaczyć czas, jaki upłynął między przeziębieniem a pierwszemi objawami choroby. Czas ten wynosił 3 godziny do 2 dni, w połowie przypadków jednak bezpośrednio po przeziębieniu następowały zwiastuny choroby w postaci niedogody ogólnéj, stanu gorączkowego lub miejscowego cierpienia. Ziemssenowi między 186 przypadkami udało się tylko 10 razy z pewnością stwierdzić przeziębienie jako początek choroby, po którém w pół godziny do 16 godzin wybuch choroby następował. (Juergensen w Ziemssenie Pneumonia V. II. str. 31.)

Jak więc przy wysypkach ostrych i durze wysypkowym, tak i przy zapaleniu płuc przeziębienie jest czynnikiem, który wybuch choroby częstokroć zagaja, co mówiąc o chorobach zaraźliwych w ogólności staraliśmy się wyjaśnić tłumacząc stosunek jaki zachodzi pomiędzy zarazkami i chorobami zakaźnemi a przeziębieniem.

Taki sam stosunek istnieje między zaczynami przeziębnemi (gośćca, nieżytów, zapalenia płuc) a przeziębieniem. Gdy kto mocno rozgrzany napije się bardzo zimnéj wody w większéj ilości, częstokroć ulega zapaleniu płuc; można to sobie w ten sposób tłumaczyć, iż w rozgrzanem płucu, które pośrednio przez ściany połyku i żołądka oblane zostało zimną wodą, prąd krwi zmienił swój kierunek z odśrodkowego na dośrodkowy i przy téj sposobności dostały się zaczyny przeziębne w powietrzu oddechowém zawarte do krwi. Wiele bowiem okoliczności przemawia za tém, że zapalenie płuc jest chorobą grzybkową i to miazmatyczną. Okoliczności te są: 1) typiczność przebiegu, która zdaje się wskazywać, że zaczyn w téj chorobie działający potrzebuje 5 — 7 — 13 dni do swego rozwoju, 2) pojawienie się zapaleń płuc w pewnych porach, szczególniéj w marcu, kwietniu i maju, niekiedy niemal epidemiczne, 3) istnienie choroby ogólnéj gorączkowéj, choroby we krwi tkwiącéj przez kilka godzin a niekiedy i parę dni zanim umiejscowienie w płucach nastąpi, 4) ustanie gorączki zupełne, jakkolwiek naciek w płucach w 7 np. dniu najrozleglejsze przybrał rozmiary. To wszystko przemawia za tém, że i ta sprawa patologiczna polega częstokroć *) na dostaniu się pierwiastka chorobo-twórczego czyli zaczynu do naczyń krwionośnych i że równowaga nie prędzéj przychodzi do skutku, aż fermentacyja we krwi się ukończy, czyli zaczyn dojdzie do kresu swego rozwoju i złogi skutkiem fermentacyi powstałe złożone zostaną w płucach, podobnie jak i przy gośćcu w stawach i osierdziu. Kwas salicylowy, który niszczy zaczyn gośćcowy i przerywa gościec, nie niszczy zaczynu zapalenia płuc i nie przerywa téj choroby, jakkolwiek gorączkę cokolwiek obniża.

Dr. Kaczorowski, lekarz ordynujący w szpitalu poznańskim, w r. 1872 poczytywał grzybki jako przyczynę zapalenia płuc (Przegl. Lek. 1872. Nr. 43.); opierał swe zdanie: 1) na epidemicznem pojawianiu się zapalenia płuc a szczególniéj grypy, 2) na téj okoliczności, że zazwyczaj wystąpienie zapalenia płuc jak równie wysypek ostrych poprzedza zapalenie gardła, zwłaszcza u dzieci w okresie zwiastunowym zapalenia płuc, co autor przypisuje działaniu grzybków naprzód na gardło, tchawicę, oskrzela, 3) iż zapalenia płuc pojawiają się przeważnie w dolnym płacie prawego płuca, ponieważ twory chorobowe wdychane zostają w obfitszéj ilości przez krótsze i szersze oskrzele prawe. Tak też pojmuje Juergensen zapalenie płuc. (Ziemssen V. II. 143.)

VI. Choroby skóry.

Nad niemi nie będziemy się bliżéj zastanawiać, jakkolwiek grzybki je wywołujące są dokładnie zbadane, ale grzybki te mając wolny przystęp powietrza atmosferycznego mogą na powierzchni skóry się rozwijać nie wywołując fermentacyi, tém samém nie wywołują też gorączki, nie wchodzą zatém w zakres téj rozprawy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

*) Częstokroć, gdyż są zapalenia płuc nie miazmatyczne ale np. czysto mechaniczne z przeszkód w krążeniu, z nieprawidłowego rozdziału krwi w małym i dużym obiegu itd. pochodzące, lecz są to odmienne choroby niemające typicznego przebiegu zapalenia płuc włóknikowego.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Rothe (w Warszawie): **Torquato Tasso, Eine psychiatrische Studie.** (Osobne odbicie z *Zeitschrift f. Psychiatrie.* Bd. 35, 1878, in 8vo, str. 65.

Od pewnego czasu mnożą się zwłaszcza w Niemczech rozprawy, których zadaniem jest zastósowanie wiadomości psychijatrycznych do pewnych osób historycznych lub poetycznych, do pewnych rodzin, a nawet do całych narodów, celem wykazania naukowego, że pewne jednostki lub zbiór jednostek według obecnych pojęć psychijatrycznych słusznie uchodzić winny za chore na umyśle, lub trafnie jako takie przez poetów opisane zostały. Może nie rozminiemy się z prawdą, jeżeli powiemy, że śledząc za początkiem téj szczególnéj gałęzi psychijatrycznéj znajdujemy takowy w badaniach nad utworami Szekspira, które od stu lat tak żywo zajmują umysły z téj i tamtéj strony Renu. Badania te nasunęły przekonanie, że nieśmiertelny wieszcz pomiędzy innemi odgadł był bardzo wiele prawd psychijatrycznych, a nawet intuicyjnie i wcale nie siląc się na to podał wiele definicyj, które nowsze ścisłe badanie przyrodniczo-lekarskie uznaje jako trafne. Lekarze więc nowsi chcąc z jednéj strony oddać słuszny hołd jeniuszowi, a z drugiéj popularyzować naukę, usiłują uczynić przystępnemi wiele zasad psychijatrycznych, posługując się w obec szerszéj publiczności postaciami szekspirowskiemi, jak się posługują okazami klinicznemi w obec adeptów medycyny. Tą drogą postępując Ray (w Ameryce), Cless, Stark, Schilling, Kornfeld (w Niemczech), Onimus (we Francyi) i bardzo wielu innych, stworzyli niemal literaturę szekspirowsko-psychijatryczną. Po Szekspirze przyszła koléj na Tacyta, bo téż wielki historyk odwzorował postacie swe historyczne tak wiernie i trafnie, że potrzeba było tylko przyłożenia ręki ze strony lekarza, aby w sposób przekonywający wykazać u niektórych zboczenia umysłu. Tym sposobem powstało piękne dziełko Wiedemeistra: *Der Wahnsinn der Caesaren.* Ale jak w każdym kierunku uprawnionym zdarzają się i wybryki, tak też i literatura, o któréj mowa, weszła na manowce, gdy zaczęto ze stanowiska niby naukowo-psychijatrycznego rozbierać charakter i własności umysłowe znakomitości żyjących, a nawet całych narodów potężnych, jakkolwiek chwilowo przygnębionych. Tym sposobem powstały np. w Niemczech monografije, wykazujące cierpienie umysłowe u muzyka Ryszarda Wagnera, oraz dowodzące, że naród francuski cierpi obłęd wielkości (zapewne na podstawie niedołęztwa porażennego!). Na szczęście krytyka trzeźwa i ostra (głównie Virchowa) karciła swawolę niemieckich szowenistów i autorów niedowarzonych i położyła koniec piśmidłom, które literaturze lekarskiéj wcale zaszczytu nie przynosiły.

Innego całkiem rodzaju jest praca Dra Rothego; przedmiotem jéj bowiem jest stan umysłowy wielkiego poety włoskiego, pod koniec wieku 16go zmarłego, a co do którego zdania po dziś dzień są podzielone. Począwszy od Platona, który natchnienie wieszcza nazwał boskiém obłąkaniem, i Cicerona, według którego natchnienie to nie jest niczém inném, jeno *furor poëticus*, aż do nowszych psychijatrów, jak Moreau, Lelut, którzy wszelki wyższy talent uważali za nerwicę mózgową, powszechném prawie jest przypuszczenie, że pomiędzy jeniuszem a obłąkaniem istnieje pewien związek, a przypuszczenie to opiera się głównie na tém, że wielcy

ludzie często popadają w obłąkanie, oraz że tak często ulegają halucynacyjom, wizyjom rozmaitym, nerwicom a zwlaszcza napadom epileptycznym. Pomiędzy wieloma innymi przytaczają i Torkwata Tassa, który cierpiał halucynacyje wzroku i słuchu oraz przemijające napady obłędu. Inni znów nierównie słuszniéj przytaczają cierpienia tych wielkich ludzi jako dowód, że halucynacyje i napady epileptyczne zdarzają się i u ludzi zdrowych na umyśle, zwlaszcza pod względem umysłowym świetnie od natury uposażonych, a mimo to zdolności ich bynajmniéj nie ulegają upośledzeniu. Obóz ten przeciwny przytacza znów pomiędzy innemi i Tassa, uznając go zresztą za zdrowego na umyśle, a mimowolny pobyt jego 7 letni w zakladzie dla obłąkanych przytaczając jako akt rażącéj niesprawiedliwości, popełniony na biednym wieszczu przez dawniejszego długoletniego protektora, księcia ferraryjskiego Alfonsa.

Nie tu miejsce, aby rozwodzić się nad owemi zapatrywaniami ogólnikowemi; nie wdaje się w nie i nasz autor. Zadaniem jego było przedstawić nam na podstawie dobrych i nowszych źródeł wierny życiorys wielkiego poety a zarazem obraz kliniczny jego stanu umysłowego, a zadaniu temu uczynił zadość pod każdym względem. Albowiem na tle zwyczajów i obyczajów włoskich w wieku 16ym roztacza przed nami obraz życia poety, począwszy od kolebki aż do grobu. Kreśląc żywot nie przepomina autor o właściwym celu, jak sobie założył: podaje nam bowiem daty wszystkie odnoszące się do pochodzenia Tassa, do jego dziedzicznego usposobienia, spaczonego wychowania, do wczesnych wybryków pod względem cielesnym i umysłowym, do chorób cielesnych, którym ulegał, do nieszczęsnych jego miłostek, a przedewszystkiém do stosunku jego do sióstr księcia Alfonsa itd., przedstawia nam początek i bieg jego halucynacyj, zasępienia, wybuchów szału i urojenia prześladowczego, a w końcu jak lekarz sądowy mający badać człowieka, którego stan umysłowy jest wątpliwym, opierając się na wszystkich, obficie nagromadzonych faktach, dochodzi do wniosku i orzeka, że badany istotnie był obłąkanym, że zamknięcie go w zakładzie było uzasadnioném, i że największy poeta epiczny we Włoszech umarł w obłąkaniu. Mamy więc przed sobą formalne studyjum psychijatryczne, powiedzielibyśmy niemal, że sądowo-psychijatryczne, obraz bowiem jest tak żywym, jakby się tyczył chorego żyjącego jeszcze, lub niedawno dopiero zmarłego. A każdy czytelnik zgodzi się z autorem, że na podstawie tak gruntownego dochodzenia orzekający słusznie mógł się oświadczyć za obłąkaniem.

Rozprawka Dra Rothego, znanego już z licznych prac w języku polskim i niemieckim, jest więc wolną od wszelkich przypuszczeń fantastycznych, jest rzeczywistém studyjum psychijatrycznem, a okoliczność, że przedmiotem tego studyjum jest sympatyczna i znakomita osobistość historyczna, nietylko wartości pracy nie zmniejsza, ale dodaje jéj pewnego uroku i czyni ją ponętną dla każdego człowieka wykształconego, zwłaszcza dla lekarzy. Dlatego szan. kolegom sumiennie polecić ją możemy. *Prof. Blumenstok.*

Dr. W. Winternitz (w Wiedniu): **Zimne okłady na głowę.**

Ponieważ okłady zimne nie zmieniane dość często, zamiast odciągać ciepło, często przeciwny sprowadzają skutek (Esmarch), przeto autor radzi najpierw na głowę położyć okład zimny w formie czepka, a na to dopiéro przyłożyć woreczek lub pęcherz z lodem, lub też użyć w tym celu osobnego przyrządu, który się składa z woreczka kauczukowego mającego kształt czapki lub czepka i rezerwoaru z zimną wodą połączonego z powyższym workiem za pomocą rur kauczukowych. Czepek kauczukowy wkłada się na głowę chorego owinięty w okład płócienny złożony nakształt czepka, aby zaś przez ciężar swój nie ugniatał zbytecznie głowy chorego, jest on unoszony przez łuk przytwierdzony do łóżka. Przezeń przepływa ciągle zimna woda, wpływająca z rezerwoaru jedną rurką do podstawy czepka kauczukowego, a wypływająca na zewnątrz przez rurkę drugą przytwierdzoną do jego szczytu. Przyrząd ten ma ułatwiać w sposób nader łatwy i praktyczny odciąganie ciepła, a nie potrzeba zresztą przy nim żadnych innych większych zachodów, jak tylko co godzin kilka zmieniać wodę w rezerwoarze. (*Wien. Med. Presse*, 1878, Nr. 30, 31 i 32). *Obt.*

Howard Cane: **O leczeniu trądzika** (*acne*) **przez podawanie wewnętrzne siarczku wapniu.**

Cane przytacza kilka przypadków cięższéj formy trądzika twarzy, połączonego ze znaczném oszpeceniem, a opierającego się uporczywie wszelkim znanym sposobom leczenia zewnętrznego, wyleczonych w zupełności przez podawanie wewnętrzne siarczku wapniu. Lek ten podawał w formie proszków poczynając od 0·007 trzy razy dziennie i zwiększając dawkę w odstępach czasu dwutygodniowych stopniowo od 0·01 do 0·02, zrazu 3 razy, póżniéj 6 razy dziennie aż do 0·07 6 razy dziennie. Skoro nastąpiło znaczniejsze polepszenie zmniejszał dawkę stopniowo. Przy tym sposobie leczenia należy jednak przestrzedz kobiety, aby zaniechały noszenia na szyi lub rękach ozdób srebrnych lub złotych, gdyż wydalany potem kwas siarkowodowy tworząc z metalami siarczki, plami skórę niszcząc zarazem metale. (*The Lancet* 7. V. II. 1878.) *Dr. Stanisław Ponikło.*

Prof. Sigmund (w Wiedniu): **Tayuya przeciw kile.**

Autor opierając się na licznych spostrzeżeniach zrobionych tak w praktyce szpitalnéj, jak i prywatnéj wypowiada w sposób bardzo przekonywający zdanie swe co do wartości leczniczéj tayuyi: „Mimo częstego i wytrwałego stosowania tayuyi w najrozmaitszych formach kiły tak zewnętrznie, jak i wewnętrznie, nie można było wykazać w sposób umiejętny najmniejszego pomyślnego rezultatu terapeutycznego, lecz przeciwnie dłuższe użycie tayuyi zwłaszcza podawanéj wewnętrznie w dawkach większych może sprowadzić znaczne zboczenia w sprawach narządów trawienia, krążenia i wydzielania moczu. Z tém orzeczeniem Sigmunda pozostają w zupełnéj zgodzie spostrzeżenia prof. Tanturriego w Neapolu i Casariniego w Modenie, powinny zatem odstręczyć specyjalistów od używania środka bardzo drogiego, który pozornie tylko zdaje się pomagać w przypadkach nader łagodnych wyleczalnych nawet bez użycia jakichkolwiek środków lekarskich (*Wiener Med. Woch.* 1878. Nr. 36.) *Obt.*

Dr. M. Reich (w Tyflisie): **Rażenie piorunem, rozległe oparzenie skóry i zmiany anatomiczne w oku.**

Trzy osoby siedzące przy oknie otwartém na 2ém piętrze w starym ormiańskim kościele w Aleksandropolu rażone zostały piorunem d. 27 czerwca rb. Dwoje z nich w krótkim czasie odzyskało przytomność, trzeci zaś (ksiądz) pozostał

nieprzytomnym na stołku i w stanie tym przeniesiono go do szpitala wojskowego. W ścianie nad głową księdza znaleziono otwór dość głęboki. Również 3 inne osoby, które stały na ulicy przy bramie kościoła, doznały odurzenia, 2 z nich nawet potoczyły się.

U księdza znaleziono wysypkę podobną do prosówki na skórze karku, lewéj strony szyi, wzdłuż mostka, linii białéj aż do wzgórka łonowego, włosy zaś w odpowiednich miejscach spalone. W 3 dni potém R. zamiast owéj wysypki widział już dokładnie rozwinięte objawy oparzenia, przyczém chory skarżył się na niedowidzenie okiem lewém, niedosłyszenie uchem lewém, i ból w ramionach i wzdłuż stosu krzęgowego, ogólne osłabienie i zawrót. Źrenica prawidłowa, tak widzenie naośne, jako i pole widzenia upośledzone. Badanie wziernikiem wykazało przedarcie naczyniówki, częściowe oderwanie i zapalenie siatkówki połączone z wybroczynami.

Przypadek ten dla swéj rzadkości zasługuje na uwagę, dotychczas bowiem po rażeniu piorunem nie widziano zmian anatomicznych, a w razie utraty lub upośledzenia wzroku przypuszczano zbezczulenie siatkówki; tylko raz jeden spostrzeżono wybroczyny siatkówkowe i zaćmę biegunową. *(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1878. August.)* L. B.

Dr. Landesberg (w Filadelfii): **Hydrargyrum oleatum w okulistyce.**

Dr. L. wykazawszy wady maści Pagenstechera *(Hydrarg. oxyd. flav. via humida parat. cum Glycerino vel Ungt. lenienti)*, a mianowicie, że się szybko rozkłada, że rtęć niejednostajnie się rozdziela i że drażni oko, na mocy swego doświadczenia we wszystkich przypadkach, w których maść Pagenstechera jest wskazaną, daje pierwszeństwo maści, któréj głównym składnikiem jest *Hydrarg. oleatum*, a który to preparat nie posiada wad wyżéj wspomnianych. *Hydrarg. oleatum* jestto niedokwas rtęciowy żółty rozpuszczony w kwasie olejnym czystym przy cieplocie 300° F., a drachma 10% roczynu *Hydrarg. oleati* zawiera 2 ziarna niedokwasu rtęciowego. Preparat ten roztarty z maścią petrolejową stanowi masę żółtą, twardawą, nie prędko rozkładającą się. Przepisuje zaś L. maść według następującéj formulki:

Rp. Hydrargyri oleati 10% drachmam
Ungti petrolei drach. duas.

(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1878. September.) L. B.

A. Raggi: **Klitrofobia.**

Pod tą nową nazwą (od Kleithron = clausum) opisuje autor zboczenie umysłowe, objawiające się wprost przeciwnie jak agorafobia Westphala, a mianowicie jako uczucie trwogi przed miejscem zamkniętém. Cierpienie to ma być wcale nie rzadkiém, występuje samoistnie jak agorafobia, lub towarzyszy innym formom obłąkania. Siedzibą onego prawdopodobnie jest istota biała mózgu, rokowanie jest wątpliwém, leczenie trudném, wyzdrowienie jednak możebném, ale tylko w miejscu obszerném.

Autor przytacza z praktyki swéj 3 przypadki, z których 2 tyczą się mężczyzn zadumowych, trzeci kobiety, która przebyła jakiś napad (prawdopodobnie obłąkania). Starzec 80-letni zamknięty z powodu przestępstw politycznych, poprzednio melancholiczny, usiłował odebrać sobie i innym życie a uspokoił się dopiero, gdy otworzono drzwi jego więzienia, jakkolwiek go nie wypuszczono. Malarz 30-letni, również melancholik, sypiał zawsze przy oknach otwartych, a gdy pewnego razu pracował w miejscu zamkniętém, uciekł na dach przez okno; późniéj popadł w niedołęztwo. Kobieta wspomniona również uspokoiła się dopiero, gdy jéj dano klucz od mieszkania.

Otóż przypadki, które autor podaje. Zdaniem naszém przypadki te bynajmniéj jeszcze nie uprawniają do przypuszczenia osobnéj formy obłąkania, ponieważ podobna trwoga występuje u wielu obłąkanych, zwłaszcza melancholików, a tém mniéj do szukania jéj siedziby w istocie rdzennéj. *(Centralbl. f. Nervenheilk., Psychiatrie etc.*, 1878, Nr. 9). *L. B.*

IV. Zdanie sprawy z 51 Zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Kasselu we Wrześniu 1878.

Skreślił Dr. **S. Domański.**

Obecność cudzoziemców na zjazdach mających tak wybitne znamię narodowe, jak między innemi coroczne zebrania przyrodników i lekarzy niemieckich, pożądaną jest nie tyle dla rzeczywistego w nich udziału, ile dla sposobności czynienia postrzeżeń, któreby potém w domu w danym razie korzystnie można zastósować. Z tego téż powodu zamyślam podać Czytelnikom Przeglądu Lek. nie tylko kronikę ważniejszych spraw zjazdu kasselskiego, ale zarazem poczynić niektóre nad niemi uwagi.

Przybywających do Kasselu przyrodników i lekarzy witało już na samym dworcu kolei żelaznéj grono uczniów szkół średnich w stósowne odznaki zaopatrzonych, którzy z niezwykłą uprzejmością ułatwiali gościom wjazd do miasta i prowadzili ich do biura wydziału gospodarczego, gdzie wydawano odpowiednie bilety w kształcie książeczek i przewodnik po Kasselu. Bilety zawierały w sobie między innemi rozkład dzienny Zjazdu, spis ważniejszych rzeczy godnych zwiedzenia, plan miasta, wykaz kolei, które zniżyły cenę dla członków Zjazdu, z którego pokazało się, iż z kolei austryjackich kilka, z niemieckich zaś prawie żadna ceny nie obniżyła! Przewodnik po Kasselu pod tytułem: *Führer durch Cassel und seine nächste Umgebung. Festschrift dargebracht der 51 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, książka w 8ce większéj o 334 stronnicach z okazałym planem i chromolitografowanemi widokami Kasselu i okolicy, zawiera w sobie wszystko, co tylko o tém mieście wiedzieć warto: jak historyję, geologiją i topografiją, florę, faunę, stósunki ludności, jéj zdrowia i śmiertelności, doprowadzanie i odprowadzanie wody, wiadomości o towarzystwach lekarskich i przyrodniczych, przemyśle, zakładach naukowych, stósunkach rolniczych, opis dokładny ważniejszych osobliwości, klimat Kasselu, środki komunikacyjne. Wydanie jest okazałe, tak iż przewodnik ten pod każdym względem stanowi prawdziwy zaszczyt dla wydziału gospodarczego.

Pierwsze ogólne posiedzenie zjazdu odbyło się 11 września w wielkiéj hali na pozór sali urządzonéj i przystrojonéj. Zagaił je sędziwy a znany naukowemu światu lekarskiemu Stilling przemową, w któréj przyznając, że Kassel nie może poszczycić się zakładami, jakie znajdują się tylko po miastach uniwersyteckich, rozwiódł się dość szeroko nad historyją naukową miasta. Była tam mowa o Melanchtonie, Papinie, który podobno pierwszy zrobił model machiny parowéj i o Frydryku IIgim landgrafie heskim, dzielnym orędowniku nauk i sztuk, co mu, nawiasem mówiąc, bynajmniéj nie przeszkadzało sprzedać 17000 żołnierza anglikom do Ameryki za 22 milijony talarów. Po Stillingu w imieniu miasta po-

witał krótkiemi słowy zgromadzenie starszy burmistrz Weise a imieniem rządu prezydent Bauchitsch, poczém znany i i w Krakowie profesor zoologii Oskar Schmidt ze Strasburga miał niefortunnie obrany wykład: o stósunku darwinizmu do demokracyi socyjalnéj, w którym dowodził, że zasady pierwszego bynajmniéj nie popierają drugiéj. Zdaniem naszém żadna prawdziwa umiejętność nie może nigdy popierać wywrotu społecznego; niepotrzebnie zatém prof. Schmidt kruszył kopiję w obronie darwinizmu, który zresztą dotąd przynajmniéj cieszy się nie tyle uznaniem ludzi naukowych, ile sympatyją znających się na wszystkiém dyletantów. Po Schmidcie mówił prof. Hueter z Gryfii o stosunku lekarza do nauk przyrodniczych; wykazywał, że nauki lekarskie nie mogą sobie rościć pretensyi do téj ścisłości, którą odznaczają się inne nauki przyrodnicze, że lekarz praktyczny w swém działaniu ma jeszcze bardzo dużo pola do podmiotowych domysłów i przypuszczeń; zalecał lekarzom, by się w życiu praktyczném ile można zajmowali naukami przyrodniczemi i wyraził życzenie, żeby uczniowie medycyny obfitszy niż dotąd przynosili ze sobą zapas wiadomości z nauk przyrodniczych do uniwersytetu, tudzież żeby przedłużono czas nauk lekarskich. Był to wykład czysto akademicki, zawierający wiele pobożnych życzeń, które się nigdy nie spełnią.

Po posiedzeniu urządziła się znaczna liczba sekcyj, których pierwotnie miało być aż 26! Rozdrobnienie to okazało się z samego zaraz początku niepraktycznem, gdyż w niektórych sekcyjach częścią zabrakło tematów do posiedzeń, częścią zgłosiło się tak mało członków, iż musiano połączyć je z innemi. Tak zlała się anatomija z fizyjologiją, anatomija patologiczna z medycyną wewnętrzną, otyjatryja z laryngoskopiją.

Po południu tegoż samego dnia zrobiono wycieczkę do Wilhelmshöhe, gdzie puszczono wodospady i inne sztuki wodne. Pogoda bardzo piękna sprzyjała całéj téj wycieczce.

Dnia 12 września od godziny 8méj zrana odbywały się posiedzenia sekcyjne; z rozpraw na nich się toczących wspominamy tutaj tylko o najważniejszych obchodzących lekarzy.

Prof. Stieda z Dorpatu mówił o konserwacyi zwłok, przyczém wyraził się pochlebnie o sposobie ziomka naszego Prof. Laskowskiego z Genewy. Aeby z Berna podał wypadek dokładnych badań porównawczych nad stosem kręgowym u dzieci i u dorosłych: tak np. część tylna stosu kręgowego jest u dzieci dłuższą, część lędźwiowa krótszą niż u dorosłych; przewód kręgowy u dzieci jest stósunkowo szerszy.

Mannel okazał chorego z próchnieniem części szyjnéj stosu kręgowego, gdzie tak podczas choroby jak i w okresie wyzdrawiania lubo w stopniu o wiele słabszym ucisk na pewne miejsca wywoływał kaszel do krztuśca nader podobny.

Wernich z Berlina mówił o leczeniu ciężkiéj czerwonki. Według jego własnych spostrzeżeń czerwonka w Japonii i osadach podzwrotnikowych wschodnio-azyjatyckich ani pod względem anatomiczno-patologicznym ani klinicznym nie różni się wcale od europejskiéj. Co do leczenia zwrócił uwagę, iż dziś wyrzeczono się niemal powszechnie środków ku wstrzymaniu rozwolnienia i krwotoków tudzież leków swoistych dawniéj tak zalecanych. Między temi ostatniemi atoli ipekakuana, o któréj lekarze angielscy i amerykańscy tyle pochlebnych zdań wyrzekli, ma zajmować stanowisko całkiem wyjątkowe. Jakoż dawki po 2 — 4 gramów (sic) kilka razy dziennie chorzy mieli nieraz nie tylko znosić, lecz nawet doznawać znacznego skrócenia choroby. Nie wszystkim wszakże chorym można było zadawać lek przerzeczony z powodu wymiotów; tych zaś, którzy go zatrzymywali, można według doświadczeń Wernicha podzielić na trzy gromady: u jednych wśród obfitego czyszczenia ustawały w ciągu 36 do 48 godzin wszelkie objawy ze strony jelit, u drugich występowało silne morzysko a przebieg choroby nie skracał się widocznie, u ostatniéj nakoniec gromady pogarszały się wszystkie przypady chorobowe. Rzecz uwagi godna, że do téj gromady należeli prawie wyłącznie europejczykowie, źle odżywieni, ze zwątleniem jelit. Z tego wnosi mówca, że ipekakuana wskazaną jest tam, gdzie posuwanie się kału doznaje przeszkody od zwątlałych górnych części jelit. Za przeciwskazanie uważa Wernich mocne ruchy jelit i znaczne parcie na stolec. Pod względem dyjety jest mówca za wyłącznem podawaniem mleka od 1 do 4 litrów dziennie, u osłabionych w razie potrzeby z dodatkiem napojów wyskokowych.

Prof. Mannkopf z Marburga opowiedział przypadek u 24-letniéj służącéj dotkniętéj gośćcem stawowym, u któréj wśród gwałtownego bólu i uczucia zimna wystąpiło nagle porażenie i utrata czucia w lewém podudziu. Badając znaleziono oddziaływanie zwyrodnienia w mięśniach porażonych, brak tętna w obydwóch tętnicach udowych, niedomykalność zastawki dwukończystéj, obrzmienie śledziony, białkomocz. Wśród postępującego ciągle zapadu objawy zatoru w mózgu. Dwudziestego trzeciego dnia po wystąpieniu wspomnionego porażenia podudzia bez zgorzeli śmierć. Sekcyja wykazała między innemi dawniejsze czopy włóknikowe w tętnicy głównéj w miejscu jéj dzielenia się na tętnice biodrowe wspólne, sięgające do obydwóch tych tętnic a nawet do tętnicy goleniowéj lewéj. W nerwie goleniowym lewym w odległości 25 ctm. od odejścia nerwu piszczelowego zwyrodnienie postępujące odśrodkowo. Toż samo w mięśniach obydwóch podudź. Z tego, że tętnica główna była zatkana a mimo tego nie rozwinęła się zgorzel, wnosić należy, że rozwinęło się krążenie krwi oboczne niedostateczne do funkcyjonowania ale wystarczające do zapobieżenia zgorzeli.

Prof. Lossen z Heidelberga mówił o przetokach pęcherzo-macicznych i ich leczeniu przez zeszycie. Schwalbe z Magdeburga miał rzecz o odjęciu wola, przyczém występując przeciw twierdzeniu Rosego, jakoby nagła śmierć wolowatych pochodziła z nagłego również zwężenia tchawicy, wskazał na następowe zmiany w mięśniu sercowym, jako najpodobniejszą do prawdy przyczynę śmierci.

W sekcyi oftalmologicznéj podał Cohn z Wrocławia szczegóły o 100 daltonistach. W tym celu badał 2429 chłopców i znalazł między nimi 95 czyli 4% daltonistów, między zaś 1061 dziewczętami ani jednéj daltonistki. Między 1896 chłopcami chrześcijańskimi było 69 czyli 3·6%, a między 533 chłopcami izraelickimi 26 czyli 4·8% daltonistów. Wśród 100 takich osób znalazł 85 nierozpoznających barwy czerwonéj od zielonéj, 5 żółtéj od niebieskiéj, 3 zielonéj od niebieskiéj i 7 nierozpoznających żadnéj barwy. W 6 tylko razach ojciec był krewnym matki, we 3 sam także daltonistą, bracia zaś w 14 razach. Nigdy całe rodzeństwo nie składało się z daltonistów. Bystrość wzroku była 8 razy > 1, 72 razy $= 1$, 12 razy < 1.

Prof. Schmidt-Rimpler z Marburga miał rzecz o znaczeniu oftalmoskopijnem refrakcyi oka w obrazie odwrotnym i wykazywał, że metoda ta pod niektóremi względami przewyższa nawet badanie w obrazie prostym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Sprawozdanie z 6go wiecu stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj odbytego w Dreźnie od d. 6 do 10 września 1878 r.

Podał Dr. **J. Buszek.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 38.)

1. Zakład wodociągowy drezdeński jest wzorem dla wodociągów doprowadzających wodę gruntową, a jest wzorem dla tego, że ma wodę spływającą z niezwyklego położenia, w bardzo korzystnych warstwach gruntu i w pobliżu miasta. Zasługuje przeto chociaż na pobieżne przedstawienie, zwłaszcza, że zasada, aby w gruntową wodę zaopatrywać miasta, przyjęła się w przeważnéj części miast niemieckich.

Po prawym brzegu Elby wznosi się dosyć znaczna góra pokryta kilkomilowym lasem. Wszelkie więc wody spływające z téj góry mają spadek ku łożysku Elby i sączą się w warstwie żwiru po pokładzie granitowym. Jak było zatém do przewidzenia dowiódł Salbach z prawdziwie niemiecką ścisłością, że woda w porzeczu Elby na pochyłości góry dobyta jest zupełnie odmienną od wody w Elbie. Jestto woda gruntowa źródlana odmiennego składu jak w rzece o ciepłocie prawie niezmiennéj. Wodę tę ujęto w głębokości 5—6 metrów za pomocą galeryi zbiorników ułożonéj równolegle do pochyłości góry z rur żelaznych asfaltowanych, mających otworki 0,65—0,45 met. średnicy. Ilość zebranéj w ten sposób wody wynosi na dzień i osobę więcéj niż 250 litrów, nawet w najsuchszéj porze roku. Rozbiór chemiczny od r. 1870 prawie co rok i kilkakrotnie uskuteczniany wykazał bardzo nieznaczne zmiany w jéj składzie, zmiana ta waha się w bardzo ciasnych granicach i pozwala użyć téj wody tak do picia jak i do celów gospodarczych, zwlaszcza, że jest nawet miększą od wody w Elbie, jako wypływająca ze skał granitowych. Ciepłota wody w galeryi zbiornikowéj utrzymuje się przez cały rok między 8° a 10° C. Nieco większe wahania wykazuje cieplota w głównych zbiornikach, czemu mają nadzieję zapobiedz za pomocą tamy betonowéj tuż na brzegu Elby położonéj.

Wodę wznosi się za pomocą 6 maszyn Woolfa dwiema rurami o średnicy 0,65 met. do zbiornika oddalonego o 1200 metr. od miejsca, gdzie jest zakład z maszynami, na wzmiankowaną górę pokrytą lasem, skąd znowu dwiema rurami rozpływa się po mieście. Zwierciadło wody w zbiorniku obejmującym 20,000 sześć metr. leży 60 metr. ponad 0 wodoskazu Elby koło mostu Augusta. Zbiornik jest dwukomorowy, aby można z jednéj komory upuszczać wodę, podczas gdy się drugą oczyszcza. Również wszystkie części główne wodociągu są podwójne, aby w czasie naprawy jednéj mogła być czynną część druga. Całe urządzenie wodociągu kosztowało 8 milijonów marek.

Widząc więc drezdeński zakład wodociągowy, można się stać zapalonym zwolennikiem wodociągów z wodą gruntową, lecz w warunkach, w jakich Drezno wydobywa swoją wodę. Kilkomilowe lasy nie ulegną tak łatwo wycięciu, aby kiedy wody zabrakło; grunt lesisty zupełnie wolny od uprawy nawozem, może co najwięcéj wpływać na zmianę ilości części organicznych, formacyja gruntu czyni ją zdatną do picia i do innych potrzeb a ciepłota jéj waha się nawet tuż koło koryta Elby w przyjaznych granicach tak dla smaku jak i orzeźwienia.

2) Królewski zakład karny komórkowy oddano do użytku publicznego dopiero w rb. Wszelkie zatém doświadczenia, jakich nabyto w tego rodzaju zakładach gdzieindziéj, zastósowano i tutaj. Kiedy się przyglądamy takiemu zakładowi, mimo woli nasuwa się porównanie z zakładami podobnemi w naszym kraju. U nas niestety prawie każden zakład publiczny zbudowano według zasad omal że nie przedwiecznych i znać nie liczono się wcale z doświadczeniem, jakiego drogim kosztem nabyli inni w podobnym kierunku. Całe więzienie obliczone jest na 400 więźniów, dla 238 w komórkach, dla reszty w 8 większych wspólnych salach; jestto więc zakład systemu mięszanego. Celka więzienna opatrzona w okno naprzeciw drzwi blizko sufitu umieszczone, zawiera łóżko przymocowane do ściany, tak że w dzień da się zupełnie do ściany przysunąć i może nawet służyć więźniowi za stół do roboty, wychodek systemu Süwerna, szatkę na naczynia do jedzenia i na książki do nabożeństwa i do czytania. Opalana jest za pomocą powietrza ogrzewanego nowym systemem, pracownie są wspólne, dom administracyjny i kaplica ogrzewa się za pomocą wody gorącéj. Oświetlenie jest gazowe a kurek do wypuszczania gazu znajduje się zewnątrz komórki na korytarzu. Przez okienko we drzwiach może dozorca więzienny zaglądać a przez drugi otwór od zewnątrz zamykany otrzymuje więzień jedzenie. Za pomocą guzika od przyrządu elektrycznego daje on znać, jeżeli czego potrzebuje. Ubranie więźnia stanowi bielizna co tydzień zmieniana i zwierzchnia odzież drelichowa i wełniana. Każden więzień musi się myć codziennie stósownie do roboty nawet kilka razy a przynajmniéj raz na miesiąc bierze kąpiel w łazienkach. Zajęcia dla więźnia są rozmaite, stósownie do tego, do czego jest zdatny. Każden więzień ma wyznaczoną dzienną pracę, jaką bez natężenia wykonać może. Oprócz tego chodzą więźniowie do szkoły i do kaplicy a oddzielne podworce są dla nich do spacerów przeznaczone. Odsiadujący karę w komórce nie widzi się i nie mówi nigdy ze swoimi towarzyszami. Kiedy idzie do kąpieli, na spacer, do szkoły lub do kaplicy, zawdziewa czapkę z maską a w szkole i w kaplicy tak siada, że ze swojéj budki widzi księdza lub nauczyciela ale widzieć nie może swojego sąsiada. Do jedzenia dostaje dziennie 500—875 grm. chleba, rano i wieczór zupę, na obiad jeden litr jarzyny z mięsem, tłuszczem itd. Taka strawa okazała się jako dostateczna. We wspólnym gmachu mieszczą się także lokale administracyjne i gospodarcze.

3) Szpital zwany domem Karoliny jest najświeższém dziełem stowarzyszenia Alberta, które ma za główne zadanie kształcić służbę dla chorych tak w czasie pokoju jakotéż i wojny. Dotąd z całego zakładu jeden budynek dla chorych i jeden pawilon jest ukończony, a ma być wszystkich budynków 14 na przyjęcie 200 chorych i 40 opiekunek na powierzchni 404, 208 metr. kwadr. zamkniętéj czterema szerokiemi ulicami. Na zachodniéj stronie będą budynki, na wschodniéj ogród. Pierwszy budynek dla chorych zawiera tymczasowo na dwóch piętrach 12 pokoi z 1 albo z 2 łóżkami, 4 pokoje z 3 łóżkami i pokoik dla posługaczki, kąpiele, kuchenkę i wychodek. Ogrzewanie odbywa się za pomocą gorącéj wody. Powietrze świeże wpływa do kanału powietrznego, gdzie oczyszcza się od pyłu, poczém wpędza się za pomocą wiatraka do komór opałowych a ztąd do poszczególnych wyżéj położonych ubikacyj. Wpędzone powietrze ogrzewa się pomiędzy piecem a płaszczem. Każden chory ma na godzinę 100 sześć metr. świeżego powietrza a ilość

jego może dochodzić i do 150 sześć. metr. Powietrze zepsute uchodzi kanałami po nad dach sięgającemi. Aby powietrze mogło uchodzić i w czasie spokoju wiatraka, urządzone są także bunsenowskie płomienie gazowe. Oprócz tego służą dla doprowadzenia świeżego powietrza okna w ten sposób urządzone, że za pomocą korby otwiera się górna część wewnętrznego okna na wewnątrz, podczas gdy równocześnie zewnętrzne okno w całości podnosi się w górę. Dla mięszania i ochładzania powietrza są oddzielne urządzenia.

W pawilonach mieszczą się po dwie sale z 14 łóżkami przedzielone pokoikiem posługaczki i wychodkiem. Dach po nad niemi tak zwany *Reiterdach* żelaznéj konstrukcyi może być zamykany za pomocą zasów, aby w zimie zapobiedz oziębieniu. Usuwanie wód z budynku jest w połączeniu ze systemem odwietrzającym Süverna i zewsząd dopływają śluzami do dołu odwietrzającego. Odbyciny ludzkie wpadają do naczyń nieckowatych żelaznych mających spadek ku jednéj stronie a w najniższym punkcie umieszczona jest klapa. W naczyniach tych wypełnionych do połowy wodą tworzy płyn odwietrzający osad grubo płatkowaty i powstrzymuje wydobywanie się gazów. Wypuszczona ztąd treść co dobę odpływa do dosyć odległego dołu, gdzie nastaje odwietrzenie za pomocą rozczynu 7 grm. Ca O i 0,8 grm. Ca Cl. na 1 litr płynu. Po osadzeniu się masy stałéj w dołach odpływa pozostała ciecz tak przeźroczysta do kanału miejskiego, jakby studzienna woda. Dodać należy, że ani w wychodkach ani koło dołu desinfekcyjnego pomimo ogromnego gorąca nie dała się uczuć woń kloaczna i system Süverna okazał się tutaj bardzo skutecznym a środki używane do odwietrzania mają jeszcze tę zaletę, że nie maskują woni kloacznéj, jak kwas karbolowy, przez co powonieniem można kontrolować, czy odchody kloaczne należycie zostały odwietrzone.

4) Budowle wojskowe składają się z koszar zajętych już obecnie przez 7 rozmaitych pułków, ze szkoły kadetów, szpitala o 400 łóżkach, ujeżdżalni, więzienia z budynkami sądowemi, arsenału z fabrykami wojskowemi, pralni, magazynów rozmaitych itp. Budowle te rozciągają się tak w kierunku od północy ku południu jak i od wschodu na zachód w długości blizko 3 kilometrów i zajmują nie tylko ogromem powierzchni, na jakiéj są wystawione, ale także trafnym podziałem i przeznaczeniem budynków i sal. Wyróżniają się zaś od budynków tego rodzaju, że cała załoga drezdeńska może znaleść w nich pomieszczenie, jako też, że wojsko ma oddzielne sale dla przebywania w dzień i dla sypialni a nadto ma osobne sale do oczyszczenia się, dla szkoły itp. Sypialnie umieszczone są w budynkach pawilonowych opatrzonych z trzech stron oknami i mogą być w razie potrzeby bardzo snadnie użyte na szpitale. Opalanie i przewietrzanie zaprowadzono głównie według systemu Kellinga za pomocą ogrzewanego powietrza. Usuwanie nieczystości odbywa się według systemu Süverna.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 3 października. Wcześniéj aniżeli w roku przeszłym ukazał się tym razem „Kalendarz do użytku farmaceutów i chemików" na rok 1879, wydany nakładem Tow. aptekarskiego we Lwowie pod redakcyją Dra Mieczysława Dunin Wąsowicza. Rocznik 2gi oz obiony jest złocistém popiersiem śp. prof. Skobla. Papier jest obecnie cieńszy i dlatego pomimo zwiększonéj treści kalendarz tegoroczny jest zgrabniejszy i więcéj odpowiada celowi. Oprócz wiadomości kalendarskich spotykamy się z kilkoma rozprawami cennemi, a mianowicie: Dr. Wąsowicz przetłumaczył Freseniusa rzecz o sądowo-chemicznem dochodzeniu fosforu i kwasu sinowodowego (str. 77—86), następnie mag. farm. J. Macura pisał o alkaloidach dotychczas znanych (str. 87 — 126); wreszcie Dr. Wąsowicz podał rzecz o badaniach moczu ludzkiego (str. 127 — 138) z rycinami wcale dobremi. Spis aptek w Galicyi, Król. Polskiém, Szląsku austr. i pruskim, W. Ks. Poznańskiém i na Bukowinie, liczne tablice, oraz dziennik na r. 1879, otóż spis obfitéj treści kalendarza. Rocznik przyszły ozdobiony będzie popiersiem śp. prof. Sawiczewskiego. Cieszymy się, że tomik zeszłoroczny doznał dobrego przyjęcia u zawodowców i że Tow. aptekarskie lwowskie w zacnych swych usiłowaniach nie doznało zawodu, tym sposobem bowiem byt kalendarza jest zabezpieczonym, a z całego serca życzymy Towarzystwu i Redakcyi powodzenia i na przyszłość.

* Komisyja sanitarna miejska odbyła wczoraj pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém: 1) Ref. Wyrobisz i Dr. Buszek pomiędzy innemi sprawami podali do opinii prośby o pozwolenie wyrabiania szwarcu. Na wniosek Dra Korczyńskiego wybrani Drowie Julijan Grabowski i Lutostański, aby ci po zbadaniu sprawy na miejscu przedłożyli dotyczące wnioski. 2) Dr. Buszek przedłożył do ocenienia podanie o pozwolenie wyrabiania cukierków. Na wniosek Dra Korczyńskiego uchwalono nie przychylić się do téj prosby z powodów, jakie wyłuszczył w swojém orzeczeniu fizyk miejski Dr. Mohr. 3) Ref. Wyrobisz wyraził potrzebę skrupulatniejszéj policyi targowéj. Po dłuższéj rozprawie nad tym przedmiotem uchwalono, aby Dr. Lutostański ułożył regulamin dla policyi targowéj, a na wniosek Dra Janikowskiego, aby magistrat co tydzień ogłaszał, ile czego skonfiskował komisaryjat targowy. 4) Dr. Buszek podał stan chorobliwości i śmiertelności z chorób zakaźnych w poprzednim miesiącu. Z wykazu tego było widoczném, że niektórzy tylko lekarze prywatni nie donoszą o przypadkach chorób zakaźnych przez siebie leczonych. Celem przedłożenia wniosków odpowiednich a głównie na żądanie Dra Janikowskiego, aby od nowego roku zaprowadzić statystykę urodzin, wybrano Drów Janikowskiego, Obalińskiego, Lutostańskiego i Buszka. 5) Dr. Buszek przedłożył w imieniu podkomisyi badającéj okolicę klinik, szpitalów i łąki św. Sebastyjana pod względem zdrowotnym w 17 punktach wymogi, jakie zaspokoić musi miasto, jeżeli okolica ta nie ma być nadal wylęgalnią ciężkich zimnic. Wnioski te uchwalono przesłać w formie przypomnienia urzędowego magistratowi do załatwienia a w części przedłożyć je jako wnioski naglące pełnéj Radzie miejskiéj. 6) Na zapytanie Dra Korczyńskiego o przypadek świeżego otrucia tapetami arsen zawierającemi dano wyjaśnienie, że tapety te wprost z Wiednia sprowadzono, a na wniosek Dra Lutostańskiego uchwalono, aby magistrat ogłosił radę dla publiczności, aby tapety przed przyklejaniem dawała chemikowi do badania.

* W Prusiech skazany został lekarz na miesiąc więzienia za to, że przez błąd popełniony w pisaniu recepty stał się przyczyną śmierci pacyjentki. Recepta opiewała: Chlorali 15·00, Trae Opii simpl. 15, Aq. dest. 60·00 Ds. trzecią część do enemy. Błąd polegał na opuszczeniu wyrazu: *guttas* przy *Trae. Opii simpl. 15*, a aptekarczyk, który, jak się późniéj okazało, wprawdzie przez ½ roku był w aptece, ale późniéj służył u kupca, nie spostrzegł błędu, i wydał 15 gramów nastoju makowcowego. Nieszczęście, które spotkało kolegę pruskiego, powinno być nauką dla wszystkich lekarzy.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 37 (od 8 do 14 września włącznie) umarło w Krakowie razem osób 20, męż. 11 i kob. 9; 11 osób w obwodach i 9 w szpitalach: roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 18,6; we Lwowie 24,3; w Warszawie 29,2; w Poznaniu 22,9; we Wiedniu 23,7; w Budapeszcie 38,6; w Pradze 24,3; w Tryjeście 34,6; w Berlinie 30,7; w Genewie 15,2; w Bazylei 20,9; w Brukseli 18,3; w Paryżu 19,9; w Londynie 18,4; w Kopenhadze 22,5; w Petersburgu 36,7; w Odesie 50,0; w Barcelonie 29,0; w Monachijum 27,6; w Augsburgu 49,1; w Lipsku 25,9; we Wrocławiu 35,4; w Dreźnie 26,4. W tymże czasie umarły w Krakowie 2 osoby z chorób zakaźnych, mianowicie: 1 z róży, 1 z czerwonki.

* **Wiedeń.** Profesor historyi medycyny Dr. Romeo Seligmann kończy lat 70 i niezadługo opuści katedrę. Nie wątpimy, że rząd zamianuje następcę, jakkolwiek trudno nieco będzie o kandydata, ponieważ lekceważenie przedmiotu tego nader ważnego dla każdego lekarza wykształconego nie było w ostatnich czasach wcale zachętą dla sił młodszych do pracowania w téj dziedzinie.

* **Mianowania i odznaczenia.** Nadzw. prof. kliniki lek. w Insbruku, baron Prokop Rokitansky mianowany został prof. zwyczajnym. — Prof. zw. anatomii opisowéj we Wiedniu Dr. Krystyjan August Voigt z powodu ukończonego 70go roku życia przeniesiony w stan spoczynku otrzymał uznanie cesarskie z powodu wieloletniéj pożytecznéj działalności nauczycielskiéj (Prof. Voigt do r. 1861 był prof. anatomii w Krakowie, a po zaprowadzeniu wykładów polskich przeniesiony został do Wiednia, gdzie wykładał obok Hyrtla.)

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Andrzéj Knapczyk, wychowaniec Uniw. Jagiell. osiadł w Boguminie (Oderbergu) na Szląsku austr.

* **Nekrologija.** Dn. 24 września r. b. umarł w Druskiennikach lekarz tameczny kąpielowy Dr. Jan Pilecki w 57 roku życia. Nieboszczyk był twórcą i duszą zakładu tego, albowiem od chwili ukończenia nauk lekarskich aż do zgonu swego nieprzerwanie przez 37 lat był czynnym w Druskiennikach. — W Monachijum † 14 września Dr. Jan Chrzciciel Ullersperger, licząc lat 81. Zmarły znany był w Niemczech głównie ze sprawozdań swoich z literatury lekarskiéj hiszpańskiéj i portugalskiéj. — W Zadarze umarł Dr. Michał Milković, radzca namiestniczy i referent spraw lek. przy namiestnictwie dalmatyńskiém w 55 roku życia. — W Clapham w Anglii † 14 września znakomity chirurg Jan Hilton, licząc lat 73. Zmarły piastował najwyższe posady dla chirurgów angielskich dostępne, był nadzw. przybocznym chirurgiem królowéj, oraz prezesem król. kolegijum chirurgów.

* **Epidemije.** Płonica zwiększa się we Wrocławiu, Gdańsku i Hamburgu a zmniejsza w Berlinie. Gorączki tyfoidalne pojawiają się w większéj ilości w Berlinie, Hamburgu i Poznaniu. Nieżyty jelitowe u dzieci pochłaniają dużo ofiar w większych miastach niemieckich, zwłasza w Gdańsku i Augsburgu. Ospa gaśnie w Londynie, zwiększa się w Petersburgu.

Redakcyja otrzymała:

Dra F. OBTUŁOWICZA: Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych, na podstawie spostrzeżeń klinicznych. (Osobne odbicie z Przegl. Lek. z r 1876 i 1878.) Kraków 1878, in 8vo, str. 65.

Dr. A. SCHLEMMER (docent med. sadowéj we Wiedniu): Beiträge zur forensischen Casuistik. (Osobne odbicie z Allg. W. med. Ztg. 1878.) in 8vo, str. 21.

Piśmiennictwo lekarskie. TRAUBE Dr Prof. L. Gesammelte Beiträge zur Pathologie u. Physiologie. Dritter Band. Klinische Untersuchungen enthaltend die Tagebücher u. den sonstigen wissenschaftlichen Nachlass des Autors, von Dr. A. Fraenkel, mit zwei lithographirten Tafeln. Berlin 1878 Hirschwald 8vo, str. 643 M 16.

MAUTHNER L. Vorträge aus d. Gesammtgebiete d. Augenheilkunde 1 Hft. gr. 8. Wiesbaden Bergmann. M. 1. 40.

MAYER LUDW. Die Wunden der Milz. M. c. chromolith. Taf. gr. 8 Leipzig. F. C. W. Vogel. M. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 9 października rb. o godzinie 5téj po południu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Obtułowicz poda przyczynki do leczenia zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj, 2) kol. Buszek poda niektóre szczegóły statystyczne tyczące się śmiertelności w Krakowie, 3) nakoniec przyjdzie do załatwienia kilka spraw administracyjnych.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. L. w Wiedniu i Dr. K. we Lwowie: Otrzymaliśmy. **Dr. W. K. w Mędrzechowie:** Pierwsze 3 kwartały możesz kolega otrzymać.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 12 października 1878. № 41. Rok XVII.

I. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski**,
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

VI. Przypady i przebieg przeziębienia.

Po przeziębieniu istnieje pewien okres utajenia choroby przeziębnéj, pora wylęgania się choroby, czyli okres dostawania się zaczynów przeziębnych z gruczołów potnych do krwi i rozwoju tychże we krwi. Okres ten nie zawsze da się dokładnie oznaczyć, nie zawsze jest jednakowo długi; w przybliżeniu jednakże i w przecięciu można powiedzieć, że trwa on 6, 12 do 48 godzin, rzadko tylko występują przypady chorobowe natychmiast po przeziębieniu. Cierpienia które od razu wybuchają, np., za powiewem zimnego wiatru ból w spruchniałym zębie, strzykanie w uszach itp., powstają w skutek bezpośredniego mechanicznego zadraźnienia nerwów i nie powinny być liczone do chorób goścowych ani przeziębnych w naszém znaczeniu. Także cieknienie z nosa wystawionego na działanie zimna powstaje w skutek bezpośredniego zadraźnienia błony śluzowéj nosa przez zimno i niema nic wspólnego z chorobami przeziębnemi.

Najczęściéj już w 12 godzin pojawiają się dreszczyki, niedogoda ogólna, objawy gorączkowe, powstają zaburzenia w całym ustroju, czyli rozpoczyna się okres drugi, gorączkowy. Ta okoliczność, że zawsze poprzedza gorączka, jeden lub więcéj dni trwająca, zanim jakiekolwiek umiejscowienie choroby nastąpi, potwierdza w zupełności naszą teoryję, bo jestto pora fermentowania zaczynów we krwi; późniéj nastaje wydalenie produktów fermentacyi.

Seitz z Giessen, który z pomiędzy niemieckich lekarzy najdokładniéj może opisał przypady lekkich chorób przeziębnych, (Ziemssena tom XIII. *Seitz: Über leichte Erkältungskrankheiten.)* kładzie wielki nacisk na to, że gorączka po przeziębieniu zawsze wyprzedza zboczenia miejscowe a nawet zboczenie ogólne częstokroć wcale się nie lokalizuje, czego Seitz na sobie nieraz doświadczył. Kładąc się spać po przeziębieniu w stanie rozgorączkowanym był pewnym, że przebudzi się z nieżytem, goścem lub t. p. chorobą; tymczasem obudził się o wiele zdrowszym i do umiejscowienia choroby wcale nie przyszło. Tego jednak wytłumaczyć sobie nie umie. Zjawisko to i wiele innych tłumaczy łatwo teoryja zaczynów. W tym razie zaczyny chorobowe były za słabe, aby we krwi rozwinąć się mogły, lub w zbyt małéj ilości dostały się do ustroju i wkrótce zmarniały, tak iż większych zaburzeń wywołać nie mogły, podobnie jak roślina przesadzona na inny grunt nie zawsze się rozwija lecz częstokroć usycha.

Cechą tego okresu gorączkowego czyli, jak często lekarze i publiczność się wyrażają, febry kataralnéj, jest, że jakkolwiek gorączka nie jest zbyt wysoka, bo zazwyczaj ciepłota nie przekracza 40° C., a tętno rzadko po nad 100 się podnosi, to przecież głowa jest mocno zajęta, ciężka, oddech przyśpieszony, daléj, że chory leżący w łóżku pod lekkiém nawet przykryciem się poci, a po odkryciu kołdry natychmiast wpada w dreszcz, który znowu ustępuje miejsca rozgrzaniu, skoro tylko chory się nakryje. Czasem i pod kołdrą mają chorzy uczucie dreszczów lub zimna, łamania w kościach przechodzącego wzdłuż grzbietu i po wszystkich członkach, które są jakby zbite. Téj gorączce towarzyszy brak łaknienia, zmniejszona ilość moczu, wysycenie tegoż, zmniejszenie chlorków w moczu, uczucie gorąca w cewce moczowéj przy oddawaniu moczu.

Lekarz badający chorego w tym okresie jest zaklopotany, nie wiedząc gdzie się właściwie choroba usadowi, czy będzie przemijająca czy ciężka, zbywa otaczających ogólnikami lub nazwami, bądź że to gorączka gastryczna, albo reumatyczna, albo kataralna, albo reumatyczno-kataralna itp. według tego, który przypad uważa za przeważający.

Przypady te ogólnego niespokoju, zaburzeń we wszystkich narządach, tłumaczą się przy pomocy teoryi zaczynów nieprawidłowym składem krwi fermentującéj. Dreszcz naprzemian z potami tłumaczy się z zadrażnienia gruczołów potnych i mięśni skórnych zaczynami chorobowemi. Jak u osób tężcem

dotkniętych najmniejsze wstrząśnienie jest bodźcem wywołującym skurcz całéj grupy mięśni, tak zimno jest bodźcem wywołującym silne oddziaływanie zadrażnionych zaczynami mięśni skórnych.

Okres ten 2gi czyli gorączkowy albo przemija, jak powiedzieliśmy, i kończy się wyzdrowieniem a wtedy lekarze zapisują całą sprawę chorobową pod nazwą *febris ephemera, febris synocha* u francuzkich lekarzy, *febris herpetica*, jeśli przyłącza się liszaj wargowy, *febris catarrhalis, gastrica, rheumatica*, albo też po 1, 2 lub kilku dniach choroba rozwija się daléj, przechodzi w okres trzeci tak zwany wypocinowy, z wyraźném umiejscowieniem.

Od okresu 3go począwszy rozpadają się objawy z przeziębienia wynikające w sposób różnorodny, stosownie do choroby, jaką przeziębienie wywołało. Bo albo wypociny będące wynikiem fermentacyi złożone zostają w błonach surowiczych i ścięgnistych i wtedy sprawę chorobową nazywamy gośćcem ostrym, *rheumat. acutus*, a stósownie do umiejscowienia *polyarthritis, pleuritis, pericarditis, endocarditis, peritonitis, cystitis rheumatica, lumbago*, albo złogi wynikłe z fermentacyi umiejscowione zostają na błonach śluzowych, powstają nieżyty, *catarrhus nasi, angina catarrhalis, bronchitis, gastritis, enteritis*, albo złogi wypacane zostają do pęcherzyków płucnych, powstaje zapalenie płuc.

Jeżelibyśmy się zapytali, dlaczego zaczyny przeziębne raz wywołują gościec, drugi raz nieżyty błon śluzowych, krztusiec lub zapalenie płuc, to nie możemy na to pewnéj dać odpowiedzi, ale jest rzeczą prawdopodobną, że istnieją różnorodne zaczyny przeziębne, z których jeden wywołuje zmiany we krwi z dążnością do składania wypocin w błonach surowiczych, drugi wywołuje takie zmiany we krwi, które okazują dążność do składania wypocin na błonach śluzowych, na którą zaś z tych błon wypocenie nastąpi, zależy to od utkania indywidualnego tych błon *(pars minoris resistentiae)*. Inny zaczyn jest dla krztusca, inny dla zapalenia płuc.

Że zaczyny te są różnorodne, dowodzą tego następujące okoliczności: 1) Różnorodny przebieg każdéj z tych chorób.

2) Nigdy jedna z tych chorób nie przechodzi w drugą, lecz gościec od początku do końca jest gośćcem, nieżyt od początku do końca nieżytem itd., rzadko też te choroby (prócz krztuśca i nieżytu oskrzelowego) z sobą się wikłają.

3) Okres wzmagania się gośćca trwa zwykle 3 tygodnie, okres rozwoju zapalenia płuc trwa zwykle 7 dni, okres wzmagania się nieżytów zwykle tylko kilka dni, dla każdego więc z tych zaczynów innym jest czas wzrostu; także i ubywanie choroby jest rozmaite; zaczyn zapalenia płuc nagle ginie a z nim i gorączka nagle ustaje, zaczyny gośćca, krztuśca, nieżytów, bez wkroczenia terapii powolnie tylko marnieją, powoli też choroba ustępuje.

4) Kwas salicylowy niszczy zaczyn gośćcowy, nie niszczy zaś zaczynów nieżytowych i zapalenia płuc.

Rozbiorem tych chorób i ich przypadów nie będziemy się tu daléj zajmować, należy to bowiem do patologii szczegółowéj, natomiast zajmiemy się jeszcze rozbiorem gorączki na podstawie nauki o fermentacyi.

VII. Pogląd na najważniejsze teoryje gorączki *).

Chcąc sobie przedstawić, co się dzieje z zaczynami przeziębnemi i w ogóle zakaźnemi, gdy dostaną się do krwi, musimy wyrobić sobie pewne wyobrażenie o tém, co to jest gorączka?

Biorąc się do omówienia spraw gorączkowych wiem, że mam do czynienia z najważniejszym bez wątpienia przedmiotem w całym obszarze patologii wewnętrznéj i chirurgicznéj, że puszczam się na niebezpieczne przestwory morza, na którém znakomici patologowie żeglując wszystkie siły umysłowe wytężali, by wśród fali przypuszczeń zbliżyć się do brzegów prawdy. Co do mnie, chcąc ująć wszystkie przypady chorób przeziębnych i zakaźnych w jedną organiczną całość na podstawie nauki o zaczynach i fermentacyi, byłbym szczęśliwym, gdyby udało mi się, wstępując w ślady przez tychże badaczów podane, posunąć zarazem ich teoryje gorączki o jeden krok naprzód.

W tym celu musimy przedewszystkiém w krótkim historycznym szkicu zaznajomić się z najważniejszemi poglądami na gorączkę.

Podczas gdy Hippokrates tylko niektóre rodzaje gorączki za pomyślny objaw pod względem prognostycznym uważał, wyrobiło się w ciągu wieków zwolna pomiędzy lekarzami i publicznością przekonanie, że gorączka jest czémś pożądaném w chorobie, jest siłą leczącą przyrody, która za pomocą niéj niszczy istoty chorobo-twórcze *(materia peccans)*, że jestto *affectio vitae conantis mortem avertere* (Boerhave, Stoll). Pojęcie to zdaje się szczególniéj wypływało z obserwacyi gorączki zimniczéj. Widząc błogie uczucie z bezgorączkowia wypływające po przebyciu silnego napadu zimniczego, łatwém było przypuszczenie, że silna gorączka pokonała silnego wroga; następnie przeniesiono pojęcie to i na inne gorączki. Ztądto tłumaczy się opór, jaki przez długi czas stawiano wprowadzeniu w użycie kory peruwiańskiéj. Obawiano się, by przez usunięcie gorączki, któryto skutek przynajmniéj w zimnicy był widocznym, nie zatrzymała się materyja chorobowa w ustroju, któraby mogła stać się zaczątkiem późniejszych chorób. Przekonanie to trwało z małemi zmianami i wyjątkami aż do zeszłego stulecia.

Zupełny przewrot w pojęciach o gorączce nastąpił dopiero we Francyi od czasu Broussaisa (1772 — 1828) i całéj szkoły tak zwanéj fizyjologicznéj, w Niemczech od rozwoju anatomii patologicznéj. Popadnięto w drugą ostateczność. Każdą gorączkę uważano za wyraz ogólny zapalenia miejscowego; raz wywołaną ona miała być przez zapalenie płuc, drugi raz przez zapalenie śledziony np. w zimnicy, trzeci raz przez zapalenie swoiste przewodu pokarmowego w durze i licznych innych chorobach, a nawet gorączkę w osutkach ostrych, podobnie jak w róży uważano za wyraz zapalenia skóry; w ogóle gorączka była oddziaływaniem cierpienia miejscowego na stan ogólny za pośrednictwem układu nerwowego i układu krążenia. Najdaléj w tym kierunku poszedł Zimmermann *(Deutsche Klinik.* 1862 i 1863.), który utrzymywał, że należy pojęcie i wyraz „gorączka“ zupełnie wyrzucić z patologii i należy go zastąpić wyrazami „podwyższenie ciepłoty“, gdyż według Zimmermanna są to pojęcia jednoznaczne.

Ten kierunek zapatrywań wywarł niezmierny wpływ na całą medycynę nowoczesną, a odbiło się to i w metodach leczenia. Przestano leczyć gorączkę uważając ją za przypad uboczny, a wytężono całą uwagę na zmiany w poszczególnych narządach.

Na odmienne nieco tory zwrócił Traube naukę o gorączce, a choć teoryja jego okazała się fałszywą, popchnęła

*) Liebermeister: *Handbuch der Pathologie u. Therapie des Fiebers. Leipzig 1875.*
Korczyński: Nowsze teoryje gorączki. Lwów 1872.

jednak badaczy do skrzętnego zbierania nowych faktów i posunięcia nauki o krok naprzód.

Traube *(Gesammelte Beiträge zur Pathologie u. Physiologie II.)* podjął myśl Ficka (1856) i utworzył teoryję gorączki, według któréj podwyższenie ciepłoty w gorączkach nie pochodzi od zwiększonego wyrobu ciepła, lecz od zmniejszonego oddawania ciepła na zewnątrz. Skutek ten przedstawiał sobie Traube w następujący sposób: W gorączkach zadrażnione zostają nerwy naczynioruchowe szczególniéj w drobnych tętniczkach posiadających najwięcéj włókien mięsnych, w skutek tego zmniejsza się ilość krwi w naczyniach włosowatych, krew w mniejszéj ilości dochodząc do powierzchni ciała, mniéj się téż ochladzać może, także zmniejszone w ten sposób parowanie przyczyniać się ma do podniecenia gorączki.

Między licznymi krytykami téj teoryi najwybitniejsze zajął miejsce Liebermeister. Zanim jednak w teoryi jego się rozpatrzymy, musimy jeszcze przytoczyć prace Billrotha i Ottona Webera stanowiące epokę w nauce o gorączce, a które poprzedziły wywód Liebermeistra.

Badacze ci dowiedli, że i bez zboczeń miejscowych w ustroju powstać może gorączka, a przezto zwalczyli ów kierunek wyłącznie anatomiczno-patologiczny, o którym wyżéj mówiliśmy.

Niezawiśle od siebie w r. 1864 wstrzykiwali oni zwierzętom ropę jużto świéżą już zepsutą, daléj różne ciała gnijące zwierzęce i roślinne do krwi lub do tkanki podskórnéj i otrzymywali w ten sposób wysoki stopień gorączki. Z tych doświadczeń wynikł wniosek, że wszystkie tak zwane gorączki przypadowe *(febres symptomaticae)* pochodzą od wessania do krwi z ognisk zapalnych istot gorączkotwórczych *(substantiae pyrogenae)* za pośrednictwem żył lub naczyń limfatycznych. Zapatrywania te zyskały jeszcze pewniejszą podstawę, gdy Breuer i Chrobak wykazali, że nawet po przecięciu wszystkich nerwów nogę psa zaopatrujących powstać może gorączka, jeśli w téj nodze mechanicznym lub chemicznym sposobem wzbudzi się zapalenie, a nadto Billroth wykazał, że samo draźnienie nerwów gorączki nie wywołuje.

Billroth i jego zwolennicy nazywają twory wzbudzające zapalenie miejscowe istotami zapalno-twórczemi *(phlogogene Substanz)*. Klebs, Socin, Hueter poszli w tym kierunku jeszcze daléj twierdząc, że nietylko gorączka inaczéj powstać nie może jak przez dostanie się istot gorączkotwórczych do krwi, ale i wszelkie zapalenia a więc cierpienia miejscowe gorączkę wywołujące nie inaczéj powstają jak przez dostanie się istot zakaźnych do miejsca zapalenia, że zatem istoty zapalnotwórcze i gorączkotwórcze są identyczne, tylko raz działają miejscowo, drugi raz dostawszy się do krwi wywołują zboczenie ogólne czyli gorączkę.

Podczas gdy jedni poczytują te istoty zakaźne za uorganizowane (tj. rośliny najniższego rzędu), inni np. Billroth poczytując je za rodzaj fermentu w dawniejszém tego słowa znaczeniu, zowią je zymoidem. Jeśli jednak nauka Pasteura o fermentach jest prawdziwą, wtedy zymoidy Billrotha w nauce ostaćby się nie mogły, gdyż podług Pasteura wszystkie fermenty są uorganizowanemi istotami roślinnemi, rozwijającemi się na tle innych istot organicznych. Mimo górującego kierunku humoralnego w tych nowoczesnych poglądach na gorączkę nie mogą się obyć autorowie tychże bez przypuszczenia wpływu nerwowego.

I tak Billroth orzeka, iż ta hipoteza gorączki zdaje mu się najprawdopodobniejszą, która przypuszcza, iż z ognisk zapalnych dostają się istoty gorączkotwórcze do krwi, które ztąd za pośrednictwem układu nerwowego wywołują gorączkę (Billroth: *Neue Beobachtungsstudien über Wundfieber. Langenbecks Archiv XIII. 1872)*, a Liebermeister określa bliżéj ten wpływ nerwowy w ten sposób, że istoty gorączkotwórcze prócz innych zboczeń jakie w ustroju wywołują, mają ten wpływ na ośrodek nerwowy regulujący cieplotę ciała, że nastrajają go na wyższy stopień, niż u ludzi zdrowych. W ten więc sposób kojarzą nowocześni patologowie zapatrywania humoralne z neuropatologicznemi, jednak tak krew, jak i ośrodki nerwowe są podług nich tylko pośrednikami w działaniu innéj, dotychczas dobrze nieznanéj potęgi, a tą potęgą są owe istoty zapalno- i gorączko-twórcze.

Z powodu, że teoryja Liebermeistra pomimo krytyki jakiéj od Senatora doznała, uważaną być może za ostatni wyraz obecnych pojęć o gorączce, musimy jeszcze nieco bliżéj ją określić.

Na podstawie licznych doświadczeń kalorymetrycznych, tudzież przez badanie ilości wydechanego CO_2 i badanie wytworzonego mocznika w moczu u gorączkującego w czasie napadu dreszczów i w czasie następnego okresu gorączkowego i porównanie tychże z temiż czynnikami u ludzi zdrowych, przekonał się Liebermeister, że w gorączkach wbrew teoryi Traubego nietylko wyrób ciepła, ale i oddawanie czyli utrata ciepła są zwiększone, że więc cała sprawa gorzenia, cała odnowa jest spotęgowaną *(gesteigerte Wärmeproduction, gesteigerter Wärmeverlust)*.

Lecz ani zwiększony wyrób ciepła, ani zmniejszone oddawanie tegoż na zewnątrz nie są istotą gorączki. I s t o t ę g o r ą c z k i s t a n o w i według Liebermeistra n a s t r o j e n i e o r g a n i z m u z a p o m o c ą o ś r o d k ó w n e r w o w y c h d o w y ż s z é j c i e p ł o t y, gdyż zdrowy człowiek może nawet więcéj ciepła wyrabiać niż gorączkujący, a mimoto cieplota jego nie albo bardzo mało się podwyższy, dlatego, że organizm jego nastrojony jest na 37° C.

Że takie nastrojenie u zdrowych *(Wärmeregulirung)* istnieje, dowodzi tego właśnie ta okoliczność, iż mimo tak rożnorodnych warunków, w jakich człowiek się znajduje, ciepłota ta zawsze około 37° C. wynosi z nieznacznemi dobowemi wahaniami, któreto wahania utrzymują się i u gorączkujących tylko przy wyższym nastroju. Do regulowania ciepłoty służą nerwy i ośrodki nerwowe tamujące i podniecające *(moderirendes und excito-calorisches System)*, pod których wpływem ciągle zostają tak oddawanie ciepła na zewnątrz jak i wyrób ciepła. (Liebermeister: *(Handbuch der Path. u. Ther. des Fiebers, S. 256, Mechanismus der Wärmeregulirung)*.

Liebermeister uznaje teoryje Billrotha i Webera o istnieniu zapalno- i gorączko-twórczych istot za słuszne, ale mniema, że należy je uzupełnić w ten sposób, że istoty te mają ten wpływ na ośrodki regulujące ciepłotę, iż nastrajają je na wyższe stopnie. Nastrojony w ten sposób zostaje tak ośrodek ciepłotę tamujący, jak i ośrodek ciepłotę wzmagający. Pod wpływem ośrodka tamującego zostaje przeziew skórny, pot, skurcz mięśni skórnych, skurcz i rozkurcz naczyń krwionośnych w skórze. Pod wpływem ośrodka podniecającego ciepłotę cały układ krążenia i oddychania, działanie nerwów odżywczych itd. Za regulatora najczulszego ciepłoty ustroju uważa Liebermeister na mocy różnych spostrzeżeń nie powierzchnię ciała i nie organa wewnętrzne, lecz warstwę pośrednią, która w pewnéj głębokości pod skórą leży, np. na wewnętrznéj granicy tkanki podskórnéj, albo w powierzchowych warstwach mięśni. Jeżeli więc ta warstwa się zbyt

oziębi lub ociepli przenoszą nerwy czulne wrażenie oziębienia lub ocieplenia do ośrodka regulującego ciepłotę, a ztąd nerwy ruchowe i tamujące wprawione zostają w odpowiednią czynność, aby jednostajny stopień cieploty odpowiedui nastrojowi gorączkowemu lub bezgorączkowemu utrzymać. Przypuszczenie wszelkiéj innéj warstwy lub części ciała za regulatora uważa Liebermeister jako mylne, gdyż przy wszelkich innych przypuszczeniach powstają trudne do rozwiązania sprzeczności. Warstwę tę nazywa warstwą nastrajającą (*die massgebende Schicht*). Mięśnie są jak się zdaje główną tkaniną ciepło wytwarzającą. Ponieważ według Liebermeistra ta warstwa nastrajająca jest regulatorem ciepla, a wiemy z anatomii, że właśnie w téj warstwie leżą gruczoly potne, więc mniemam, że gruczoły potne są najważniejszym regulatorem ciepla u ludzi, który ciepłotę ciała utrzymuje na 37° C. Jestto milijon cudownych termometrów w tkaninie skóry na całéj jéj przestrzeni tkwiących, których zadaniem jest nietylko przy pomocy otaczających je nerwów ciepłotę w każdém miejscu skóry odczuć, ale zarazem ją regulować, a to przez większe lub mniejsze otwarcie albo nawet zupelne zamknięcie przewodów potnych czyli porów skórnych. Gdy nosimy czas dłuższy pewne ubranie, albo włosy nieostrzyżone, wtedy gruczoly potne i pory w skórze o tyle się otwierają i czynność swą rozwijają, a naczynia je otaczające o tyle się kurczą lub rozszerzają, by tę jednostajną ciepłotę ciała przez odpowiednio zastósowane parowanie utrzymywać.

T e n n a s t r ó j g r u c z o ł ó w p o t n y c h , p o r ó w w s k ó r z e i n a c z y ń s k ó r n y c h p o d w p ł y w e m p e w n e g o u b r a n i a n a z y w a m y p r z y z w y c z a j e n i e m u s t r o j u d o t e g o u b r a n i a. Gdy zdejmiemy taką odzież a weźmiemy na siebie lżejszą, wtedy gruczoły potne, pory i naczynia skórne nie mogą w jednéj chwili skurczyć się i nastroić do tych nowych warunków. Jestto chwila najsposobniejsza do wnikania zaczynów przeziębnych, ponieważ pory nie są jeszcze należycie skurczone, a pod wpływem zimna prąd przeziewu skórnego odśrodkowy łatwo na dośrodkowy się zamienia.

Z tego wszystkiego cośmy tu dotąd o gorączkach mówili, widzimy jasno, że znakomitsi patologowie nowocześni jako ostateczną lecz nieznaną przyczynę gorączki przypuszczają o b e c n o ś ć i s t o t g o r ą c z k o t w ó r c z y c h w e k r w i. Liebermeister idzie dalej w przypuszczeniach i mniema, że z największém prawdopodobieństwem tak dla chorób gnilnych, jak i dla chorób zaraźliwych istotami gorączkotwórczemi są n a j n i ż s z e u s t r o j e r o ś l i n n e. W jaki jednak sposób one gorączkę wzbudzają, czy bezpośrednio, czy pośrednio przez swą odnowę i rozwój *(durch ihren Stoffwechsel)*, albo czy one przez działanie na otoczenie dopiero istoty gorączkotwórcze wyrabiają, tego L. rozstrzygać nie chce. Daléj utrzymuje L., iż nie można wiedzieć, czy podnoszą one wyrób ciepla *(Wärmeproduction)* przez własne utlenianie, lub jako fermenty usposabiają tkanki ustrojowe do utleniania, ale jedno i drugie przypuszczenie nie jest dostateczne, gdyż prócz tego muszą one działać na ośrodki regulujące ciepłotę i nastrajać je na wyższy stopień. (Lieb. l. c. str. 382.)

Po tym historycznym przeglądzie teoryj gorączek przystępuję do rozwinięcia teoryi gorączki, jaką sam sobie wyrobiłem w chorobach przeziębnych i zakaźnych w ogóle, na podstawie nauki o fermentacyi *(Pasteura)*.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przypadek gruźliczego przeistoczenia gruczołów oskrzelowych i nerwu wzrokowego. Wytrzeszczak. Wyłuszczenie gałki wraz z nowotworem. Zwyrodnienie gruźlicze części skrzyżowania nerwu wzrokowego. Śmierć w skutek gruźliczego zapalenia opon miękkich mózgu.

Obserwował i skreślił Dr. **A. J. Laskiewicz-Friedensfeld,**
Sekundaryjusz w szpit. powsz. we Wiedniu, oraz demonstrator w zakł. histologiczno-fizyjolog. prof. Brückego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40.)

Sekcyja wykazała następujące zmiany: Ciało 97 cm. dlugie, dość dobrze i odpowiednio wiekowi rozwinięte, w miernym stopniu odżywione; plamy pośmiertne w miernéj ilości. Żrenica jedynego oka lewego nieco rozszerzona. Powieki oka prawego wciągnięte w jamę oczodołową, $^1/_2$ cm. powyżéj zewnętrznego kąta szpary powiekowéj zaczyna się przewód prowadzący w górę, naprzód i na wewnątrz, wzdłuż szorstkiego i obniżonego brzegu nadoczodołowego aż do środka tegoż. Poniżéj powieki dolnéj widać w prawym policzku kilka ciemnoczerwonawemi strupami pokrytych otworów, przez które w głębokości kilku cm. dochodzi się aż do prawego brzegu podoczodołowego, również, jak i brzeg podoczodołowy okazującego zmiany cechujące martwinę powierzchowną częściową (*necrosis partialis suprf.*) tj. powierzchnię szorstką, nagą, nie pokrytą okostną. Przewody owe są bardzo wązkie, otwory do nich prowadzące są wciągnięte na wewnątrz. Szyja odpowiedniéj długości i grubości. Klatka piersiowa cokolwiek spłaszczona. Brzuch nie wzdęty. Powłoki czaszki blade. Sklepienie czaszki 16 cm. długie, $13^1/_2$ cm. szerokie i blizko 3 mm. grube. Opona mózgowa twarda mocniéj przyczepiona do miejscami szorstkiéj blaszki szklistéj. W zatoce sierpowatéj większéj dość dużo krwi płynnéj. Wewnętrzne opony wypukłéj górnéj powierzchni mózgu są cienkie; część tych błon odpowiadająca prawemu rowkowi Sylwiusza i skrzyżowaniu nn. wzrokowych zgrubiała i nieprzeźroczysta; w okolicy naczyń znajduje się w błonie naczyniowéj mnóstwo gruzełków prosówkowych; również w lewym rowku Sylwiusza i wewnętrznéj powierzchni obu płatów czołowych. W tych częściach opony naczyniowéj mózgu, które były siedzibą gruzełków, znaczne nasiąknięcie opony miękkiéj wypociną galaretową żółtawo-szarą, miejscami dość grubą i wnikającą w głąb rowków powierzchni mózgowéj. Na podstawie mózgu uderza natychmiast okrągławy guz wielkości orzecha włoskiego, który zniszczył tylną (odśrodkową), wewnątrzczaszkową część n. wzrokowego, jakotéż i prawą połowę skrzyżowania nn. wzrokowych. Guz ów, powleczony oponą wiotką, która znów nasiąknięta jest wypociną surowiczo-ropną z mnóstwem gruzełków, naciska tętnicę szyjną wewnętrzną prawą, jakotéż i jéj gałązkę, która bieży ku spoidłu; ścianki tych naczyń całkiem były nienaruszone; w innych tętnicach na podstawie mózgu znajdowała się krew płynna. Istota mózgowa w ogóle bardzo miękka, szczególnie w okolicy ścian komórek bocznych mózgowych, znacznie rozszerzonych i wypełnionych surowicą mętną.

Nowotwór w mowie będący (odrysowany i opisany przez docenta Dra C h i a r i e g o w S t r i c k e r a *med. Jahrbücher* 1877, IV) składał się z 2ch ostro odgraniczonych części, część korowa 1 mm. gruba, miała kolor szarawy i składała się ze ściśle ze sobą

połączonych włókien łącznych, ubogich w naczynia, z niewielu komórkami okrągłemi i wrzecionowatemi: w skład téj części korowéj nowotworu wchodzą również i pęczki nerwów bardzo cienkich, zaopatrzonych w rdzeń, rozpadły po większéj części w kropeczki. Środkowa część nowotworu składała się z tkanki ziarninowéj, któréj komórki okrągławe gdzieniegdzie ściśléj złączone były, formując maleńkie guziczki, zawierające komórki olbrzymie, dochodzące do znacznych rozmiarów (80 mikromm.) z mnóstwem (do 60) jąder. Tkanka ta miała kolor żółtawy; cząstki jéj miejscami rozpadały się w masę suchą drobnoziarnistą, w innych miejscach znów ulegały zanikowi, marskości i zserowaceniu. Nie ulega więc najmniejszéj wątpliwości, że guz w mowie będący należał do gromady nowotworów gruźliczych. Obydwie części guza ciągnęły się w kierunku ku otworowi n. wzrokowego, gdzie średnia, zserowaciała, a więc starsza część nowotworu się kończyła, zewnętrzna zaś kora przechodziła aż do jamy oczodołowéj, gdzie się łączyła z tkanką bliznowatą, wyścielającą tę jamę i wypełniającą jéj tylną połowę. W tkance téj, składającéj się z pęczków włókien łącznych, ściśle między sobą związanych i zawierających między sobą resztki mięśni, nerwów i tłuszczu oczodołowego, znajdowały się ziarneczka świeżych guziczków prosówkowych z komórkami olbrzymiemi wielojądrowemi; niektóre guziczki gruźlicze wielkości główki od szpilki okazywały oznaki przeistoczenia wstecznego. W jamie oczodołowéj było nieco płynnéj ropy.

Nie od rzeczy będzie w tym tak rzadkim przypadku dołączyć i stan innych narzędzi, skonstatowany przy sekcyi a ważny z tego względu, że wyjaśni nam cały bieg choroby.

W tchawicy znajdował się płyn śluzowo-ropny w znacznéj ilości. Gruczoł tarczykowy niewielkich rozmiarów. Płuca cokolwiek rozdęte zawierały znaczną ilość śluzu pienistego, dość dużo śluzu i ropy w oskrzelach, które odpowiednio średniemu i dolnemu zrazowi po stronie prawéj w znacznym stopniu były rozszerzone. W osierdziu kilka gramów surowicy czystéj. Serce odpowiedniéj wielkości i należycie skurczone zawierało krew płynną, po części skrzepłą. Gruczoły limfatyczne oskrzeli po większéj części powiększone, nabrzmiałe, wewnątrz zserowaciałe, lub zawierające mnóstwo gruzełków albo też złogi wapienne. W narzędziach jamy brzusznéj krwią przepełnionych żadnych zboczeń nie znaleziono. Przebieg gruźlicy w tym przypadku, z pewnością był następujący: Początku szukać należy w zserowaciałych i gruzełkami przepełnionych gruczołach oskrzelowych, drażnionych długotrwałym nieżytem lub śluzoropotokiem oskrzelowym, który prowadził do rozstrzeni; w skutek skazy krwi nastąpiło niby przerzutowe umiejscowienie sprawy gruźliczéj w postaci nowotworu gruźliczego w nerwie wzrokowym, za pośrednictwem i w skutek którego rozwinęło się zapalenie opon mózgowych gruźlicze. Ponieważ we wnętrzu nowotworu pierwiastki gruzełkowe były zserowaciałe, a więc starsze, włókna nerwowe zaś biernie się zachowały, gdyż były na zewnątrz w części korowéj porozrzucane, więc nowotwór w mowie będący zaczął się rozwijać we wnętrzu samego nerwu wzrokowego, na podstawie tkanki łącznéj. Włókna nerwowe musiały coraz bardziéj na zewnątrz ustępować; tkanka łączna znajdowała się w stanie bujania i rozrostu; do téj tkanki dołączyły się komórki wędrujące, a wreszcie komórki olbrzymie. Która z 2 części tego dwukulistego nowotworu o postaci klepsydry najprzód zaczęła się rozwijać, czy przednia część oczodołowa, lub tylna czaszkowa, tego powiedzieć nie umiem. Być może, że pytanie to da się wyjaśnić dopiero, gdy prof. Sattler skończy poszukiwania swe drobnowidowe nad okiem i guzem n. wzrokowego przez siebie wyłuszczonych.

Sattler uczynił o tym przypadku krótką wzmiankę na zeszłorocznem zebraniu oftalmologów w Heidelbergu (zob. Hirschberga *Centralblatt f. Augenheilkunde, September 1877*). Zmiany w nerwie wzrokowym uważa on jako skutek zwyrodnienia gruzełkowatego n. wzrokowego, począwszy od skrzyżowania aż do saméj siatkówki. Obraz wziernikowy tłumaczy S. obecnością najwyższego stopnia obrzęku brodawki n. wzrokowego oraz ognisk zwyrodnienia w siatkówce. $^2/_3$ tylne części oczodołowéj połowy n. wzrokowego całkiem były zniekształcone i zwyrodnione w drobno-ziarnistą, suchą, serowatą masę gruźliczą. Przednia trzecia część okazywała budowę, jak Sattler się wyraża, całkowicie dezorganizowaną, gdyż ani śladu włókien nerwowych poznać nie było można. Podanie to Sattlera w porównaniu z poszukiwaniem Chiarego dowodzi, że część oczodołowa nowotworu była starszą, gdyż Chiari w tylnéj połowie (czaszkowéj) dwukulistego nowotworu znalazł resztki zwyrodniałe włókien nerwowych. Nowotwór musiał więc powstać w oczodole i późniéj, jak to najczęściéj się zdarza przy nowotworach oczodołowych w ogóle, zapewnie jeszcze przed wyłuszczeniem oka zaczął wzdłuż pnia n. wzrokowego rozrastać się w kierunku aż do części środkowych. Na miejscu prawidłowéj tkanki n. wzrokowego znalazł Sattler tkankę ziarninową, a mianowicie składającą się z komórek okrągławych i podłużnych włókien łącznych, przechodzących w okolicy brodawki n. wzrokowego w podścielisko siatkówki. Wewnętrzną pochewkę (*Pialscheide*) n. wzrokowego można było jeszcze rozpoznać; w przestworach, między jéj wypustkami się znajdujących i znacznie rozszerzonych, widział świeże guziczki gruźlicze z komórkami olbrzymiemi wielojądrowemi oraz masę serowatą i resztki owych dużych komórek. Znaczniejsze zmiany okazywała średnia t. zw. pajęcza pochewka (*Arachnoidalscheide*) n. wzrokowego. Między jej to podłużnemi włóknami najwięcéj było komórek okrągłych w całéj przestrzeni n. wzrokowego aż do okolicy brodawki. Między włóknami téj pochewki mnóstwo było gruzełków. Większa część włókien całkiem rozpadła się również jak i włókna nerwowe, przedstawiając szczególnie w samym środku przebiegu n. wzrokowego drobnoziarnistą i suchą masę serowatą. Włókna zaś zewnętrznéj twardówkowéj pochewki (*Duralscheide*) n. wzrokowego były więcéj porozrzucane aniżeli włókna pierwszych pochewek; między włóknami zewnętrznemi jednak mniéj było komórek lub masy serowatéj. Sattler popiera więc zdanie Chiarego, że w tym przypadku rozrost komórek, bujanie tkanki łącznéj i pojawianie się gruzełków miało miejsce przeważnie w pochewkach n. wzrokowego i ich wypustkach, słowem że nowotwór wziął początek w tkance łącznéj, a włókna nerwowe miały przytém udział bierny.

„Nowotworu gruźliczego téj postaci i wielkości dotychczas w nerwie wzrokowym nie widziano i w ogóle należą przypadki sprawy gruźliczéj w nerwach obwodowych do największych rzadkości.“ Jest to zdanie wypowiedziane przez Chiarego i Sattlera; ze stanowiska patologo-anatomicznego zdanie to jest całkiem słuszne. Badacz na polu medycyny jednak nie powinien być jednostronnym. Przyznając więc również, że guzy gruźlicze nadzwyczaj rzadko spostrzegano w nerwie wzrokowym, muszę jednak namienić, że powstanie nowotworu tego rodzaju daleko łatwiéj można sobie wytłumaczyć, aniżeli rozwijanie się onego w nerwach obwodowych; i że powtóre, nerwu wzrokowego nie należy liczyć do rzędu nerwów ostatniego rodzaju. Nie należy zapominać, że ze stanowiska embryjologii i fizyjologii nerw wzrokowy jest właściwie jakby rodzajem wypustki rdzenia mózgowego. Meynert (*Stricker's Handbuch der Gewebelehre* 1870, p. 731) zalicza nerw wzrokowy do włókien t. zw. „Projectionssystem“ uważając siatkówkę za środkową część tego układu, porównywając ją do kory mózgowéj i licząc zwoje n. wzrokowego u podstawy mózgu do ośrodków obwodowych tego układu, będących w związku z narzędziem akomodacyjném, ruchowém i odruchowém oka. Skoro więc n. wzrokowy nie należy do rzędu n. obwodowych, lecz jest częścią istoty białéj mózgu, nic więc dziwnego, że w nim się rozwijają nowotwory gruźlicze, które dość często w postaci pojedynczych i

niekiedy dość wielkich guzów w mózgu się pojawiają. W nerwach spostrzegano niekiedy gruzełki przy ich wyjściu z mózgu (w korzeniach nerwów) w gruźlicy ostréj prosówkowéj opon mózgowych. (Cruveilhier *Traité d'anat. patholog. génér.* 1862, t. IV. p. 793). W oku, jak wiadomo, najczęściéj rozwijają się gruzełki w jagodówce, nie tylko w gruźlicy ogólnéj prosówkowéj ostréj, ale niekiedy we wcześniejszym téj choroby okresie, tak że już nie raz udało się okulistom przepowiedzieć koniec choroby, skoro nawet przy braku wszelkich objawów ze strony płuc lub innych narzędzi, widzieli cechujący obraz oftalmoskopijny gruzełków naczyniówki lub tęczówki. Wspomnieliśmy już przy innéj sposobności, że i w innych częściach oka, jakoto: w spojówce, w rogówce i w siatkówce, niektórzy autorowie (porównaj „Przegląd Lek.“ 1878, Nr. 3, str. 32) prawdziwe opisali gruzełki. W siatkówce dowiedli obecności pierwotnych gruzełków Perls i Manfredi. Już w roku 1876 wspomniałem (Przegląd Lekarski), że w jednym przypadku, tyczącym się 5-letniéj dziewczynki, któréj wyłuszczono gałkę z powodu niby wsporniaka *(glioma)* siatkówki, znalazłem wraz z Sattlerem komórki olbrzymie w siatkówce oderwanéj i żółtawéj beznaczyniowéj masie wypocinowéj, po za soczewką, powstałéj w skutek zapalenia ciałka rzęskowego; w sprawie zapalnéj brały nadto udział naczyniówka i siatkówka, które obie znacznie były zgrubiałe. (Przypadek ten, jako przykład gruźlicy siatkówki, przytoczył prof. Sattler w odczycie swym o gruźlicy w oku, na posiedzeniu heidelberskiém; l. cit.)

W nerwie wzrokowym, w którym widziano dotychczas włókniaki, różnego rodzaju mięsaki, śluzaki, nerwiaki, piaszczaki, kilaki, raki, śródbłoniaki *(Endotheliome)*, dotychczas dopiero w kilku przypadkach spostrzeżono gruzełki. Leber (*Die Krankheiten der Netzhaut und des Sehnerven*; *Lehrbuch der gesammten Augenheilkunde v. Gräfe u. Sämisch, V. Band 2te Hälfte*, s. 910), wspomina tylko o przypadku Hjorta (*v. Zehenders klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, V*, s. 166), który przytacza także i Sattler. H. znalazł w samym nerwie wzrokowym maleńki gruzełek. Cruveilhier spostrzegł większy guz w przebiegu wewnątrzczaszkowym n. wzrokowego; guz ów powleczony był jeszcze włóknami nerwowemi i wychodził z tkanki łącznéj. Eulenburg (*Lehrb. der function. Nervenkrankheiten*, Berlin 1871, s. 324) wspomina kilkoma słowami o gruzełkach n. wzrokowego, nie jednak dokładnego nie podaje. Demarquay (*Traité des tumeurs de l'orbite* 1860, pag. 504) przytacza przypadek Demoursa, który w r. 1872 u 36 letniego mężczyzny, zmarłego z zapalenia płuc i opłucnéj i już na 2 miesiące przed śmiercią ociemniałego na oku lewém, znalazł we środku wewnątrzczaszkowego przebiegu n. wzrokowego gruzełek wielkości ziarnka konopi. Cruveilhier wspomina o ciekawym przypadku, obserwowanym przez M. Ladreita de la Charrière (1859); w przypadku tym znajdował się w wewnątrzczaszkowéj części nerwu wzrokowego gruzełek wielkości orzecha laskowego, otoczonego porozrzucanemi włóknami nerwowemi; pomimo tego nerw wzrokowy w dolnym swym przebiegu jakoteż i brodawka jego nie uległy zanikowi. Chory cierpiał gruźlicę płuc i umarł w skutek ostrego zapalenia gruźliczego opon mózgowych.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Fielding Blandford: **Die Seelenstörungen u. ihre Behandlung.** Vorlesungen über die ärztliche u. gerichtliche Behandlung Geisteskranker. Nach der II. Ausg. übers. v. Dr. Kornfeld. Berlin 1878, Enslin, in 8vo str. 483.

W nowszych czasach przetłumaczono na język niemiecki dwa dzieła psychijatryczne angielskie, napisane przez dwóch docentów londyńskich, a mianowicie: Maudsleya i Blandforda. Autorowie są to nie tylko koledzy ściślejsi, ale i przyjaciele, z których każdy w dziele swojém wynurza drugiemu wdzięczność swoją za pomoc użyczoną przy napisaniu książki; a jednak jeden drugiemu nie robi konkurencyi, pomimo że traktują jeden i ten sam przedmiot. Oba dzieła są znakomite, jednak każde z nich ma inne zalety a tém samém i inne wady. Maudsley jest uczonym fizyjologiem i psychologiem, bada on warunki fizyczne życia duchowego oraz związek zachodzący między objawami duszy zdrowéj i choréj i stara się przy badaniu życia duchowego metodę psychologiczną zastąpić fizyjologiczną; dzieło jego imponuje uczonością i świetnemi myślami, które dla czytelnika doświadczeńszego stają się pobudką do zastanowienia się na każdym kroku, wchodzenia w tok myśli autora i badania wraz z nim wielu kwestyj wyjaśnienia jeszcze potrzebujących; z drugiéj strony atoli nuży i niezadowala lekarza, który w książce szuka porady i pouczenia pod względem praktyki powszedniéj. Blandford przeciwnie jest praktykiem *par excellence.* On uczniów swoich wprowadza *in medias res*, nie wdając się w żadne długie wywody teoretyczne ani uczone rozprawy. Czytając książkę jego, powstałą z odczytów mianych w londyńskim szpitalu św. Jerzego, zdaje nam się, jakobyśmy znajdowali się pośród jego słuchaczy i słyszeli żywe słowo doświadczonego lekarza szpitalnego lub profesora klinicznego, który przy łóżku zastanawia się nad chorym, mając ciągle na uwadze, aby słuchacz z wykładu jego wyniósł jak największą korzyść dla przyszłego zawodu swego. Autor tak dalece jest klinicystą, że nie dotyka nawet kwestyj psychijatrycznych, jakkolwiek nader ważnych, ale po za obrębem wykładu klinicznego będących, jak np. ustawodawstwa dla obłąkanych, umieszczenia ich, itd.; również bardzo pobieżnie tylko wspomina o traktowaniu obłąkanych przed sądem, a jednak tytuł dzieła spodziewać się kazał, że z 19 wykładów choć jeden poświęcony będzie psychijatryi sądowéj.

Zresztą książka w mowie będąca pod każdym względem jest wybornym podręcznikiem nie tylko dla uczniów medycyny, ale i dla lekarzy praktycznych. Tłumaczenie i wydanie nic nie pozostawiają do życzenia; tłumacz ze swéj strony w dodatku zestawia przepisy pruskie o obłąkanych, co dla lekarzy pruskich może być bardzo pożądaném; całkiem niepotrzebnie atoli obdarzył nas pro- i epilogiem, celem przemycenia zapatrywań swoich dziwacznych, a zkądinąd już nam znanych. *L. B.*

Dr. Stanisław Markiewicz. **Assenizacyja miast. Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych.** (Osobne odbicie z „Medycyny“. Warszawa 1878.) in 8vo m., str. 80.

W dłuższym wstępie autor utyskuje na brak wiadomości z dziedziny higijeny pomiędzy lekarzami, zastanawia się nad wnioskami Virchowa, a mianowicie odnoszącemi się do kanalizacyi i wywózki. W pracy szczegółowéj wylicza autor

środki, jakie mogłyby w zupełności usunąć niedostatki higijeniczne w miastach, jako też co na razie uczynić wypada, zanim zupełna reforma w téj mierze przeprowadzić się da. Jako tymczasowe środki assanizacyi miast uważa urządzenie wychodków i śmietników oraz ogłoszenie przepisów odnoszących się do utrzymania tychże w czystości. Wielką wagę przywiązuje do sposobu wywożenia śmieci domowych i ulicznych i podaje w tym względzie przepisy policyjne. Radzi oczyścić wszystkie kanały miejskie, wadliwe zamknąć, a rynsztoki nowe i potrzebujące naprawy tak budować, aby przez nie jak najmniéj nieczystości dostawało się do gruntu. Dłużéj zatrzymuje się przy uwagach nad wychodkami i zbiornikami kloacznemi. Doły kloaczne jako złe nieuniknione mogą być cierpiane przez niejaki czas, lecz powinny być tak urządzone i wypróżniane, jak tego wymagają przepisy angielskie. System naczyń przenośnych połączony jest z wielkiemi trudnościami i niekorzyściami i autor podaje rozmaite środki do zwalczenia takowych. System beczułkowy uważa za najodpowiedniejszy ze wszystkich a szczególniéj w mniejszych miastach, jeżeli chodzi o tymczasowe poprawienie stosunków zdrowotnych, lecz zwraca zarazem uwagę na trudności pozbywania się ostatecznego odchodów. W razie gdyby nie można się obejść bez leja i rury spadowéj, radzi rury zaopatrzyć w syfony z zamknięciem wodném i łączyć je szczelnie ze zbiornikami, a oświadcza się za klozetami na wzór Rochdalskich. Zastanawia się nad umieszczeniem klozetów i zbiorników, nad rozmaitém ich urządzeniem, wielkością, dozorowaniem tychże ze strony służby miejskiéj i kosztami urządzenia. Następnie przechodzi do omówienia klozetów ziemnych systemu Moulego, warunków, w jakich dałyby się zaprowadzić a w końcu wylicza przepisy policyjne, którychby musiano przestrzegać w razie urządzenia klozetów wodnych i przytacza ustępy ze sprawozdania Jana Simona z r. 1874 odnoszące się do zachowania czystości a tém samém zapobiegania rozmaitym chorobom z niechlujstwa pochodzącym.

Autor wychodząc na wstępie swojéj pracy z zasady, że potrzeba koniecznie dobréj i zupełnéj kanalizacyi dla miast większych i że ona jest wielce pożyteczną pod względem zdrowotnym dla miast wszystkich, tém samém cechuje z góry stanowisko, które zajmuje w obec pytania, jaką drogą mają się oczyszczać miasta. Nie chcemy się sprzeczać z autorem co do jego zasady, bo spór w téj sprawie między higijenistami nie rychło zakończy się stanowczo. Jakkolwiek najdzielniejszy szermierz kanalizacyi Pettenkofer bezwzględnie oświadcza się za kanalizacyją zupełną, to przecież wielu jego zwolenników w ostatnich czasach chwiać się zaczęło. Odzywają się bowiem coraz natarczywsze żądania, aby nie zanieczyszczano rzek odchodami kloacznemi, jak niemniéj z drugiej strony brak gruntu stósownego staje bardzo często na przeszkodzie zraszaniu pól. W każdym razie możemy się w zupełności pisać na zalecane przez autora środki zdrowotne, lecz nie możemy się z nim zgodzić co do przemiany wyrazu assanizacyja w assenizacyję, wyrazu i tak niebardzo szczęśliwie utworzonego. Pracę jego widzielibyśmy chętnie w rękach techników, przełożonych miast, a przedewszystkiém lekarzów, znaleść w niéj bowiem można wszystko w streszczeniu, co się odnosi do oczyszczania miast, a praca ta staje się tém cenniejszą, ile że przytoczone są w niéj liczne rozprawy i uchwały, jakie zapadały w rozmaitych sprawach zdrowotnych. *Dr. Buszek.*

Dr. E. Segel (w Rzeszowie): **Spiegelbilder aus dem ärztlichen Leben.** Wien 1878, M. Perles, in 8vo, str. 153.

Autor znany jest oddawna jako felietonista lekarski. Jakkolwiek pisywał wyłącznie do czasopism lekarskich niemieckich i obecny zbiór szkiców lekarskich również napisany jest pó niemiecku, to jednak poczuwamy się do obowiązku zdania sprawy ze zbioru w mowie będącego, a to z dwóch powodów: raz, że autor jest naszym rodakiem, od lat wielu praktykującym w Rzeszowie, a powtóre, że autor przy każdéj sposobności wyraża się z wielką sympatyją i miłością dla kraju, w którym się urodził i w którym żyje.

Szkice poszczególne są bardzo zajmujące, dużo w nich humoru i dowcipu. Autor kreśli trafnie dolę i niedolę lekarza praktykującego na prowincyi, a mającego do walczenia nietylko z publicznością ale i z różnymi kolegami i koleżankami, śród których cyrulik, akuszerka, chłop i lekarz paryzki niepośledniе zajmują miejsce, opisuje zajęcie praktyka na prowincyi i przygody jego, i jakkolwiek nie przysięgalibyśmy, że *„all is true“*, co nam autor opowiada, to przyznać należy, że jest przynajmniéj podobném do prawdy. Nie przepomina także i o praktyce sądowolekarskiéj, jak np. o przyjemnościach jeżdżenia w 5ciu na nędznym wozie, siedzenia przy kilku rozprawach w ciągu kilku godzin odbywających się i t. d.

Czytelnik lekarski znajdzie w książce Dra Segla wiele ustępów przypominających mu zdarzenia z własnego życia a wraz z nami książce jeden tylko zrobi zarzut, że zawiera i kilka szkiców, które właściwie z życiem lekarskiém nic wspólnego nie mają. *L. B.*

Dr. F. Riegel: **O ważności badania tętna.**

Starzy lekarze nie mogący rozporządzać tylu zdobyczami na polu dyjagnostyki umiejętnéj, która z każdym rokiem prawie olbrzymie robi postępy i ograniczeni tylko do bystrego spostrzegania przypadków zewnętrznych od dawien dawna kładli wielki nacisk na badanie tętna i pod tym względem, jak to bezstronnie przyznać im należy, nieraz do mistrzowskiéj dochodzili biegłości. W ostatnich jednak lat dziesiątkach, kiedy dzięki auskultacyi ciągle doskonalonéj nauczyliśmy się z łatwością rozpoznawać różne zboczenia w zakresie narządów krążenia, uległo staranne badanie tętna niemal zaniedbaniu i dopiero w latach ostatnich zwrócono znów należytą nań uwagę, posługując się jednakże badaniem już nie za pomocą niepewnego palca, lecz za pomocą sfigmografów Vierordta lub Mareya, które graficznie przedstawiają nam ruchy tętnic oddając wiernie nawet najdrobniejsze w tym względzie odcienia. Wprawdzie lekarze praktyczni w codziennéj swéj praktyce nie mogą jeszcze korzystać z tych pięknych wynalazków i umiejętnych zdobyczy, gdyż stoi temu bardzo na zawadzie zawiła budowa sfigmografów i trudności w ich stosowaniu, jakoteż niezbędne ćwiczenie przez czas dłuższy, nim się potrzebnéj nabędzie wprawy, aby obrazy tętna nie ulegały zarzutom: jednakowoż już obecnie stało się niezbędnym obowiązkiem młodszego pokolenia lekarzy, aby zaznajomili się gruntownie z tą metodą fizykalnego badania i z sfigmografem w ręku ćwiczyli się w badaniu tętna, gdyż tylko tym sposobem mogą pochwycić te drobne odcienia w uderzeniu tętna, których znajomość zawdzięczamy studyjom sfigmograficznym. Wolf, Landois i Riegel największe położyli zasługi w tym drobnym zakresie dyjagnostyki, a Riegel obecnie w cennym zbiorze

odczytów Volkmanna przedstawił nam w niewielkim zeszycie obejmującym 44 stronnic wszystkie zasadnicze pojęcia odnoszące się do badań sfigmograficznych tętna sprychowego. Rozprawka ta napisana w sposób nader przystępny i potoczysty czyta się szybko i przyjemnie, ztąd téż gorąco polecić ją należy wszystkim, którzy chcą się zapoznać z tém abecadłem na polu sfigmografii, tém bardziéj, że autor słynny ze swych pięknych i gruntownych prac w zakresie chorób wewnętrznych wolny jest od zbytecznego sangwinizmu i zupełnie trzeźwo i bezstronnie przedstawia w sposób jasny i zwięzły rezultaty badań sfigmograficznych do czasów ostatnich. *(Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 144—145.)* *Obt.*

Dr. Mackenzie: **Osutka po użyciu jodu u dziecka dotkniętego kiłą.**

Autor opisuje przypadek kiły wrodzonéj, w którym po użyciu jednorazowém $2^{1}/_{2}$ ziarna (=0·18) jodku potasu pojawiła się osutka purpurowa; w 45 minut po zażyciu leku cała twarz dziecka zczerniała, w 3 godziny później przyjęto je do szpitala. Twarz dziecka okazała się mocno obrzmiałą, barwy purpurowo-szaréj. Powieki nabrzękłe skutkiem wybroczyn i zamknięte, policzki zeszpecone przez plamy purpurowe gęsto obok siebie ustawione. Na ramieniu kilka plam czerwonych, które dnia następnego przybrały barwę purpurową. Już tego samego dnia część skóry na twarzy podminowanéj przez wybroczyny przeszła w zgorzel (nekrozę). W 68 godzin po zażyciu jodku potasu umarło dziecko. Oględziny zwłok pośmiertne wykazały kiłę i owrzodzenia w jelitach. Rozbiór chemiczny leku wykazał, iż do jodku potasu czysty jod nie był domięszany. Zdaniem M. osutka purpurowa powstała skutkiem zażycia jodku potasu, powstaniu zaś jéj sprzyjała kiła wrodzona. *(Wiener med. Woch.* 1878. Nr. 36). *Obt.*

Dr. Mendelssohn (w Blidach w Algieryi): **O szczepieniu krowianki podczas panowania epidemii ospy.**

W kwestyi, czy podczas panowania epidemii ospy należy lub można szczepić krowiankę, w kwestyi dotąd jeszcze spornej, autor na podstawie doświadczenia swego nabytego śród srożenia się ospy w Algieryi przez całą jesień i część ostatniéj zimy dochodzi do następujących wniosków: 1) Szczepienie krowianki, tak pierwotne jak i powtórne, nie tylko może lecz powinno się dokonywać podczas panowania epidemii ospowéj już to w celu profilaktycznym, tłumiącym wybuch choroby, już téż w celu łagodzenia samego biegu ospy. 2) Podczas panowania epidemii nie wypada szczepić z ramienia na ramię, ponieważ nie można nigdy być pewnym, ażali dziecko, z którego się bierze krowiankę, w chwili zbierania z niego limfy, nie jest chorém na ospę. 3) Najlepszą limfą służącą do szczepienia podczas epidemii ospy jest krowianka zbierana z jałówek, a jeżeli takowéj otrzymać nie można, należy limfę zebraną z ramienia przechować w rurce i zaszczepić ją dopiero po 12 dniach, jeżeli w tym przeciągu czasu dziecko, z którego się tę limfę wzięło, okaże się zdrowém. *(Gazeta Lekarska* 1878, XXV, Nr. 14). *L. B.*

IV. Zdanie sprawy z 51 Zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Kasselu we Wrześniu 1878.

Skreślił Dr. S. Domański.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

W sekcyi ginekologicznéj zalecał Martin do leczenia zapalenia przewłocznego macicy przedewszystkiém odjęcie szyi i to jego sposobem przez cięcie lejkowate z założeniem szwów.

Müller z Berna i Sänger z Lipska mówili o użyciu pilokarpinu w położnictwie. Pierwszy doświadczał go na macicach w okresie połogu i przekonał się, że skurcze są słabsze niż po ergotynie a przestanki dłuższe. W czasie porodu bóle płód wydalające nie pojawiały się, lecz tylko istniejące utrzymywały się. Zdaniem Sängera pilokarpin nie jest środkiem wzniecającym bóle *(wehenerregend)*, lecz tylko wzmagającym już istniejące *(wehenanregend)*. Rzadko tylko można za pomocą pilokarpinu dokończyć porodu przedwczesnego nieznacznie postępującego. Pilokarpin wydala płód tylko w czasie porodu; jest więc wybornym środkiem do przyspieszenia i uregulowania porodu, wzmocnienia słabych bólów w okresie wydalania płodu, do szybkiego i dostatecznego zwolnienia miękkich dróg porodowych, jeżeli ich niepodatność nie pochodzi z blizn. Nakoniec działanie pilokarpinu wsysające może mieć także znaczenie dla ginekologii.

Kehrer z Giessenu mówił o przyczynach zmiany tętna płodowego podczas skurczu macicy i sądził, że zmiana kształtu czaszki a przez nią ucisk i zadrażnienie nerwu błędnego są powodem zwolnienia tętna.

Prof. Berthold z Królewca mówił o „miryngoplastyce.“ Rzeczą powszechnie wiadomą, jak ważném pod każdym względem jest zagojenie przedziurawienia błony bębenkowéj i jak niestety w wielu bardzo przypadkach wszystkie środki ku temu celowi użyte zawodzą. Prof. B. wpadł zatém na myśl, żeby w takich nieuleczonych przypadkach spróbować jeszcze tak zwanéj przez siebie miryngoplastyki czyli przesadzić kawałeczek zdrowéj skóry na błonę bębenkową w miejscu przedziurawienia, starać się go wgoić i tym sposobem zamknąć otwór nieprawidłowy. Doświadczenia dawniejsze uprawniały aż nadto do próby tego rodzaju na błonie bębenkowéj, tém bardziéj, że znaczna siła regeneracyjna tego organu, obfitość naczyń krwionośnych, jednaka ciepłota i wilgoć przewodu słuchowego po zatkaniu jego stanowią warunki tak pomyślne, jak je rzadko gdzieindziéj napotkać można. Z tych przeto powodów spróbował prof. Berthold miryngoplastyki w dwóch przypadkach, po zupełném zniesiesieniu otoku usznego. W jednym z nich, w którym otwór w błonie bębenkowéj dochodził do 3—4 mm. średnicy, odjął naprzód przyskórek z brzegów otworu przez przylepienie plastru angielskiego na 3 dni, poczém można było przystąpić do przyłożenia kawałeczka skóry odciętego z przedramienia przez lekkie przyciśnienie do odświeżonych brzegów rany. Przewód słuchowy zamknięto watą napojoną gliceryną z kwasem salicylowym (1:60). Drugiego dnia po téj operacyi część skóry przesadzonéj nabrała barwy brunatnéj a słuch był znacznie lepszy. 18go dnia przy wstrzykaniu odeszła część skóry, otwór był całkiem zatkany. W miesiąc po operacyi chory słyszał szept na 5 metrów, blizna wystawała nieco po nad błonę bębenkową. Co się z nią późniéj stanie, pouczy dalsza obserwacyja. Bardzo podobnym był przebieg

ce, Dra Karola Kronenberga w Limanowie, Dra Jakóba Dorożyńskiego w Podhajcach, Dra Alfreda Berggrüna w Żydaczowie.

Tym sposobem długo oczekiwana organizacyja stała się faktem dokonanym. Mamy więc 22 lekarzy powiatowych 1 klasy i 33 lekarzy powiatowych 2 klasy stale ustanowionych, nadto 11 asystentów, którzy wprawdzie nie są urzędnikami i pobierają tylko renumeracyję, ale mają pierwszeństwo przed innymi lekarzami do uzyskania posady stałéj w razie opróżnienia się takowéj. Z dawnych fizyków obwodowych tylko 4 utrzymało się i są obecnie najstarszymi lekarzami powiatowymi. Oprócz nich jeden koncepista sanitarny i 17 prowizorycznych lekarzy powiatowych umieszczonych zostało w klasie 1széj. Z 33 lekarzy powiatowych 2giéj klasy 22 piastowało już dotąd posady lekarzy powiatowych prowizorycznych, a 11 jest świeżo zamianowanych, wszyscy z wyjątkiem jednego egzaminowani fizycy. Również nowomianowani asystenci złożyli wszyscy egzamin rządowy. Pozostaje tylko jeszcze do obsadzenia posada koncepisty sanitarnego przy Namiestnictwie, na którą to posadę, jak dowiadujemy się, osobny rozpisany będzie konkurs.

Z natury rzeczy wypływa, że jak przy każdéj organizacyi, tak przy niniejszéj dużo jest zadowolonych, a niemało malkontentów. Czystém niepodobieństwem było dogodzić wszystkim, zwłaszcza gdy względy słuszności przemawiały za utrzymaniem na posadach kilku dawnych fizyków obwodowych i w ogóle tych lekarzy, którym nic zarzucić nie można było. Z naszéj strony podnieść musimy z uznaniem okoliczność, że pomiędzy nowo mianowanymi lekarzami i asystentami znajduje się 3 prymaryjuszów i 7 asystentów klinicznych lub szpitalnych, z czego wynika, że Namiestnictwo przy obsadzaniu daje pierwszeństwo kandydatom, którzy mogą wykazać się z dłuższéj praktyki szpitalnéj lub klinicznéj. Jestto precedens nader ważny a dla kraju naszego wielce korzystny, bo snać i u nas minęły już te czasy, w których lekarz rządowy był lekarzem *sui generis*, a zapominano, że lekarz ten powinien być przedewszystkiém praktykiem, bo powołany jest przedewszystkiém do niesienia pomocy, a nie do spisywania raportów. Ze stanowiska więc przedmiotowego przyznać należy, że Namiestnictwo umiało wybrać kandydatów odpowiednich i tym wyborem krajowi rzetelną oddało przysługę.

* Po rozprawach nad zakładem kulparkowskim Sejm zajmował się już kilkakrotnie kwestyjami szpitalnemi, a mianowicie uchwalił organizacyję służby oraz uposażenie dwóch kapelanów przy tymże zakładzie zgodnie z wnioskiem Wydziału krajowego i przyjął do wiadomości sprawozdanie o budowie pawilonów szpitala św. Łazarza w Krakowie. Wreszcie na posiedzeniu odbytém w d. 7 bm. toczyły się rozprawy nad statutem szpitala św. Łazarza, którego projekt przedłożony przez Wydział krajowy podaliśmy w całéj rozciągłości w Nrze 36 Przeglądu Lek. Z zadowoleniem zapisać nam przychodzi, że uwagi nasze nad stósunkiem szpitala tego do klinik, umieszczone w Nrze 37, podjęte zostały przez kilku szan. posłów oraz przez p. referenta spraw lekarskich przy Namiestnictwie i że Sejm odpowiednie uchwalił zmiany w statucie. Mamy również nadzieję, że i uwagi nasze nad zakładem kulparkowskim nie były całkiem płonnemi, ponieważ dowiadujemy się właśnie ze źródła wiarogodnego, że komisyja sejmowa bada obecnie stósunki kulparkowskie i przesłuchuje osoby stósunki te dokładnie znać mogące.

Wracając do rozpraw nad statutem szpitala św. Łazarza, to wstrzymujemy się wprawdzie z podaniem takowych aż do nadejścia zapisków stenograficznych, a to z powodu, że one w dziennikach politycznych zbyt treściwie i nie bardzo dokładnie były umieszczone, ale wspomnieć już dzisiaj nam wypada o kilku poprawkach wniesionych a po części i przyjętych.

Przedewszystkiém poseł prof. Zatorski zapytuje, czy statut przesądza prawa miasta Krakowa do żądania bezpłatnego leczenia chorych ubogich. Na pytanie to odpowiada członek Wydziału Dr. Hoszard, że Wydział krajowy wprawdzie przekonany jest, że prawo to gminie m. Krakowa nie służy, ale statut kwestyi téj nie przesądza, ponieważ ostatecznie jeszcze nie jest załatwioną. (Gmina m. Krakowa statutem b. Senatu ma sobie zastrzeżonych 80 łóżek bezpłatnych dla chorych swoich ubogich; ponieważ jednak rząd w r. 1854 zastrzeżenie to po części zmienił, a w skutek tego Wydział krajowy łóżek tych odmawia, więc Rada m. Krakowa zanosi w sprawie téj skargę przeciw Wydziałowi przed trybunał administracyjny we Wiedniu. *Red).*

W przedmiocie zbliżenia stósunku klinik do szpitala przemawiali rektor Uniw. Jagiell. prof. Szujski, a z ramienia rządu radca namiestnictwa prof. Biesiadecki. Pierwszy dowodził niestósowności istnienia w Krakowie osobnéj kliniki i życzył sobie, aby statut poszedł za wzorami zagranicznemi, według których szpitale głównie dostarczają chorych klinikom. Ostatni słusznie podniósł, że w mieście takiém jak Kraków powinna i może istnieć łączność między profesorami a prymaryjuszami, a Wydział krajowy powinien tę łączność popierać. Wprawdzie istnieje rozporządzenie, że wolno chorych do kliniki przenosić, takowe jednak często jest fikcyjném, bo przenoszenie odbywać się może tylko za przyzwoleniem chorych, a doświadczenie uczy, że lekarzom łatwo skłonić chorego do odmówienia swego przyzwolenia. (Sądzimy, że nierównie częściéj i bez namowy chorzy sami nie życzą sobie przeniesienia do kliniki. *Redakcyja).* Członek Wydziału Dr. Hoszard przyznał, że kliniki są niestósownie umieszczone, ale w szpitalu św. Łazarza niema dla nich miejsca; Wydział krajowy zrobił Rządowi propozycyję, aby od szpitala zakupił miejsce i onego użył na wybudowanie klinik. (Porówn. Nr. 30, 31 i 32 Przegl. Lek., gdzie sprawa ta obszernie jest omówioną. *Redakcyja.)*

Przystępując do rozpraw szczegółowych Sejm przyjął naprzód etat urzędników a na wniosek Prezesa Akademii Majera uczynił tę zmianę, że zamiast nazwy asystentów zaprowadził nazwę sekundaryjuszów 2iéj klasy.

W statucie samym zmieniono na wniosek p. Majera §. 11 w ten sposób, że Wydział krajowy mianuje prymaryjuszów na przedstawienie komitetu administracyjnego po zasięgnięciu opinii Wydziału lekarskiego.

§. 32 traktujący o prawie profesorów klinicznych i ich asystentów do wybierania chorych na klinikę zmieniono według stylizacyi p. Majera. (Stylizacyi téj dotąd nie znamy. W ogóle paragrafu takiego niema w statucie, znamy tylko taki paragraf (§. 37) w instrukcyi dla dyrektora; porówn. uwagi nasze w Nrze 37 Przegl. Lek. *Red.)*

Wreszcie przyjęto poprawkę p. Majera do §. 61, mającą na celu, aby na żądanie rodziny zaniechano sekcyi zmarłego w szpitalu w razie, jeżeli konieczność jéj przez prymaryjusza nie jest uznaną.

Natomiast nie przyjęto poprawki p. Majera do §. 12, aby podobny stósunek, jaki zachodzi w oddziale położnic, tj. że profesor położnictwa jest zarazem prymaryjuszem, mógł być zaprowadzony i w innych oddziałach szpitala. P. Hoszard sprzeciwiał się temu dodatkowi ze względu, że uniwersytet jest rządowym i że obawia się połączenia nie na teraz lecz na przyszłość, bo nie można wiedzieć, jakiemi siłami i żywiołami Uniwersytet w przyszłości obsadzony będzie.

(Po nadejściu zapisków stenograficznych podamy uwagi nasze nad tą nieprzyjętą poprawką Prezesa Majera, jakoteż i nad przyjętym jego dodatkiem co do prawa wybierania chorych dla kliniki. *Red.)*

* Dziekan Wydziału lek. prof. Madurowicz rozpisał konkursy: 1) do d. 18 bm. na posadę asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj i 2) do d. 20 bm. na posadę asystenta przy klinice chorób skórnych i wenerycznych.

* Z dniem wczorajszym Towarzystwo nasze podjęło znów czynności swoje, przerwane podczas dwóch miesięcy letnich. Staraniem naszém będzie zgodnie z życzeniem wyrażoném z wielu stron zdawać sprawę z posiedzeń jak najrychléj.

W miejsce Dra Wł. Bylickiego obrany został Dr. August Kwaśnicki, lekarz w szpitalu św. Ludwika, członkiem komisyi redakcyjnéj czasopisma naszego, a Dr. Skórkowski, asystent przy katedrze fizyjologii, sekretarzem dorocznym w miejsce Dra Wursta, który dla bliskiego wyjazdu urząd sekretarza złożył. Ustępującemu Prezes serdecznemi słowy podziękował w imieniu całego Towarzystwa za pracę dotychczasową.

* Temi dniami opuszcza nas Dr. Władysław Bylicki, b. asystent kliniki położniczéj, członnek czynny Tow. lek. i członek komisyi redakcyjnéj tygodnika naszego, przenosząc się do Lwowa jako ginekolog praktyczny. Dr. Bylicki pracował przez lat 7 pod okiem prof. Madurowicza, zastępował tegoż w wykładach dla akuszerek i miał się właśnie habilitować jako docent operacyj położniczych, gdy okoliczności nieprzewidziane skłoniły go do przeniesienia się do Lwowa. Opuszczając Kraków pozosta-

wia nas pod wrażeniem utraty dobrego i sympatycznego kolegi oraz zdolnego i wykształconego lekarza, którego chętnie słuchano, ile razy w Tow. Lekarskiém głos zabierał, a mamy niepłonną nadzieję, że w stolicy kraju naszego potrafi sobie w krótkim czasie wyrobić stanowisko zaszczytne, jakie śród nas zajmował.

* Otrzymaliśmy „Výročni zprava spolku českych lekařuv“ za rok 1877. Sprawozdanie samo nie przedstawia nic uwagi godnego, ale bardzo ciekawym jest spis członków, albowiem z niego dowiadujemy się, że szan. Towarzystwo lekarzy czeskich ma członków honorowych i korespondentów — w niebie. Takimi np. są fizyjolog Flourens i prof. Bronisław Chojnowski, obaj, jak wiadomo, już dawno zmarli. Prawda, że ostatni figuruje w spisie za rok 1877 jeszcze jako asystent w Kijowie, tak jak prof. Hoyer ciągle jest docentem, Lubelski biblijotekarzem Tow. lekarskiego w Warszawie, a Pirogów profesorem chirurgii w Petersburgu. Po tych datach możnaby dokładnie oznaczyć rok, w którym lista członków została ułożoną, ale w nich zarazem znajduje się dowód, że Tow. lekarzy czeskich nie troszczy się wcale o swoich członków, skoro nie wykreśla dawno zmarłych, ani nie zapisuje zmian zachodzących z czasem pod względem miejsca pobytu, awansu itd. Czy mianowanie członków zamiejscowych w takim razie nie jest prostą i czczą zabawką?

* W ostatnim październikowym zeszycie *Viertelj. f. gerichtl. Medicin* znajdujemy opis rozprawy ostatecznéj przed przysięgłymi w Esslingen w Würtembergii w sprawie 34 letniego rzeźnika, który z powodu złego stanu majątkowego postanowił w porozumieniu ze żoną swoją zamordować 4ro dzieci swoich, poczém małżonkowie mieli sami odebrać sobie życie. Zamiar ten w rzeczy saméj spełniony został, oskarżony atoli mimowolnie nie dopełnił samobójstwa na sobie, ponieważ urwał się postronek, na którym się powiesił. Badanie wykazało, że oskarżony pochodził z rodziny, w któréj przypadki nerwic, obłąkania, głuchoniemoty, samobójstwa i zbrodni były częstemi, że więc w wysokim stopniu był dziedzicznie usposobiony do choroby umysłowéj. Mimo to u obwinionego nie można było wykazać obłąkania, a ponieważ działał z zastanowieniem i wedle planu z góry ułożonego, nie można było przypuścić i obłędu przemijającego. Lekarze przez Sąd przesłuchani przypuszczali już to afekt rozpaczy do wysokiego stopnia posunięty, już to przytłumienie umysłu, żaden z nich atoli nie miał przekonania, że w czasie przygotowania okropnego czynu i w chwili popełnienia go był pozbawiony własnowolności, jakkolwiek chętnieby uznali własnowolność zmniejszoną, gdyby ustawa karna niemiecka nie stawiała dylematu: własnowolność lub całkowity brak onéj. Przysięgli orzekli: winny, a Sąd skazał winnego na śmierć, polecając go zarazem łasce monarszéj, która karę śmierci zamieniła na więzienie dożywotne. — Przypadek ten okropny i smutne jego zakończenie stanie się zapewne znów powodem wznowienia walki pomiędzy prawnikami a lekarzami o t. zw. poczytność zmniejszoną, z powodu któréj tyle już atramentu zużyto bezpotrzebnie, skoro prawnicy, którzy ostatecznie ustawy układają, nie przypuszczają żadną miarą jakiegoś stanu pośredniego między poczytnością a niepoczytnością. Dlatego téż wznowienie walki byłoby daremném, a przyznać należy, ze strony lekarskiéj całkiem niepotrzebném. Jeżeli bowiem znawcy przed Sądem w Esslingen mieli choć najmniejszą wątpliwość pod względem własnowolności podsądnego, a z opisu wynika, że wątpliwość taka w każdym razie zachodziła, mogli oni i powinni byli oświadczyć, że jakkolwiek u podsądnego choroby umysłowéj wykazać nie mogą, to przecież nie są także przekonani, że jest zdrowym na umyśle, i nie obciążając swego sumienia pozostawić ostateczne rozstrzygnięcie przysięgłym, którzy i tak o własnowolności orzekają. Nie wątpimy, że w takim razie przysięgli orzekliby byli *in mitius*, a niebyłaby na tém ucierpiała sprawiedliwość, gdyż właśnie jéj zasadą jest nie potępiać koniecznie, gdzie zachodzi wątpliwość. Ubolewanie zaś i rozpisywanie się nad przypadkiem *post festum* do niczego nie prowadzi.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 38 (od 15 do 21 września włącznie) umarło w Krakowie razem osób 41, męż. 19 i kob. 22; 25 osób w obwodach i 16 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 38.1; we Lwowie 30,1; w Warszawie 27,2; w Poznaniu 27,8; w Wiedniu 21,2; w Berlinie 30,5; w Budapeszcie 41,5; w Pradze 31 8; w Tryjeście 39,9; w Wrocławiu 26,7; w Monachijum 36,3; w Lipsku 20,0; w Dreznie 20,8; w Brukseli 15,7; w Paryżu 20,2; w Londynie 18,2; w Kopenhadze 21,3; w Petersburgu 34,5; w Odessie 52,7. W tymże czasie umarły w Krakowie z chorób zakaźnych 3 osoby, mianowicie: 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z zimnicy. Przypadki krztuśca bywają rzadsze, natomiast pojawiają się przypadki płonicy a dur powrotny jeszcze nie wygasł.

* **Niemcy.** W półroczu letniem 1878 liczba słuchaczów medycyny na uniwersytetach z wykładem niemieckim była następująca: We Wiedniu 658, Würzburgu 475. Monachijum 456, Dorpacie 387, Berlinie 346, Lipsku 335, Gryfii 233, Zurychu 184, Fryburgu 181, Wrocławiu 178, Strasburgu 164, Tybindze 164, Gracu 161, Bonnie 154, Bernie 137, Królewcu 135, Erlandze 132, Hali 117, Gietyndze 114, Marburgu 110, Giessenie 108, Heidelbergu 103, Kielu 92, Jenie 87, Bazylei 70, Rostoku 39.

* **Paryż.** W półroczu zimowém wykładać będą na wydziale lekarskim: Gavarret fizykę lekarską i bijologiczną, Jaccoud patologiję lekarską, Sappey anatomiję, Chauffard patologiję i terapiję ogólną, Wurtz chemiję lekarską i bijologiczną, Trélat patologiję chirurgiczną, Le Fort operacyje, Parrot historyję medycyny, Seé, Lasègue, Hardy, Potain klinikę lekarską, Ball klinikę psychijatryczną, Gosselin, Richet, Broca, Verneuil klinikę chirurgiczną, Depaul klinikę położniczą, Brouardel medycynę sądową, Farabeuf ćwiczenia anatomiczne.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Pettenkofer w Monachijum mianowany został członkiem honorowym król. szwedzkiego towarzystwa dla nauk i sztuk w Gotenburgu. — Prof. położnictwa w Pradze czeskiéj Dr. August Breisky otrzymał tytuł radzcy rządowego w uznaniu zasług piśmienniczych i nauczycielskich.

* **Wiadomości osobowe.** W obronie krajowéj mianowani zostali lekarzami batalijonowymi z rangą lekarzy pułkowych 2iéj klasy Drowie: Wacław Smetana w batalijonie rzeszowskim, Jan Hynek w przemyskim, Mikołaj Winnicki w lwowskim; w rezerwie lekarzami starszymi Drowie: Bronisław Longchamps de Berièr we Lwowie, Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

* **Nekrologija.** D. 4 września umarł w Dorpacie prof. histologii i anatomii porównawczéj Dr. E. Reissner.

* **Epidemije i epizoocyje.** Ospa panuje ciągle w Londynie (121 chorych w szpitalach), w Budapeszcie, Warszawie, Petersburgu, oraz pojawia się w niektórych powiatach w Serbii. Tamże szerzy się jeszcze ciągle księgosusz, który w okolicach nowo zajętych (Wrania, Pirot, Niż) już prawie ustaje.

Redakcyja otrzymała:

Dr. T. WASYLEWSKI. Uiber Vagusreizung beim Menschen (Aus der medizinischen Klinik des Prof. Dr. Korczyński in Krakau). Osobne odbicie z „*Viertelj. f. praktische Heilkunde*“ 1878, in 8vo m. str. 13, z 7 rycinami.

Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego pod redakcyją Konrada Dobrskiego, rok 1878, zeszyt IV.

W Sobotę dnia 19go b. m. o godz. 5 popołudniu odbędzie się w sali Akademii Umiej. Zgromadzenie ogólne Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na które Szanownych Członków uprzejmie zapraszam. *Prof. Dr. Korczyński*, Prezes Stow. wyd.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. J. Z. w Dynowie: Kalendarz lekarski polski na r. 1879 nie wyjdzie w Krakowie. — **Szanownych kolegów** życzących sobie bliższéj wiadomości o miejscu odpowiedniém do praktyki upraszamy, aby zastósować się zechcieli ściśle do treści inseratu i zapytania swe przesyłali Redakcyi w liście bez adresu opatrzonym marką pocztową.

Sprostowanie. W numerze 40, str. 488, w szpalcie 2giéj, wierszu 3cim od końca zamiast „o znaczeniu“ powinno być „o oznaczaniu“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objetości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają sie tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 19 października 1878. № 42. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj.

Skréślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych
Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent tejże kliniki

Oddawna już kusili się lekarze, używający zwlaszcza wziętości i powagi naukowéj na polu syfilodologii, aby cierpienie wiewiórowe cewki moczowéj stłumić w samym zarodzie i nie pozwolić na rozszerzenie się jego wzdłuż dróg moczowych sprowadzające częstokroć tak smutne następstwa dla całego ustroju. Zabiegi te nieraz zostały uwieńczone pomyślnemi rezultaty, jednakowoż częstokroć następstwa w razie nieudania się leczenia poronnego były tak przykre i groźne, że z obawy całkiem usprawiedliwionéj przed niemi postawiono jako regułę na polu terapii wiewióra, aby nie próbować leczenia poronnego zwlaszcza za pomocą środków żrących, jak azotanu srebrowego itd., lecz to „cito“ raczéj poświęcić dla leczenia wprawdzie dłużéj trwającego, lecz przyjemniejszego i bezpieczniejszego. Przeczekanie okresu ostro zapalnego trwającego zazwyczaj dwa tygodnie przy zaleceniu tylko dyjety mlecznéj i środków narkotycznych a zastósowanie następnie całego pocztu środków ściągających (jak Zincum sulfuricum [0,50 — 1,00 : 200 aq.], Zincum sulfuricum c. Plumbo acetico utrq. 1 : 200 aq. c. Trą Laudani liq. Sydenh. 3,00, Tanninum 0,50 — 1,00 : 200,00, Alumen, Cuprum v. Cadmium sulfuricum, Zincum sulfocarbolicum etc. etc.), które zalecano znów choremu do wstrzykiwań od 4 — 3 razy dziennie przez 4 — 6 tygodni, stanowi dotychczas zwykły plan leczenia wiewióra, w którego późniejszych okresach tj. po 3 tygodniach trwania, usiluje się jeszcze prędzéj osiągnąć zupełne wyleczenie za pomocą podawania wewnętrznie balsamu kopaiwianego, proszku z kubeb itd. Oczywiście i na tém polu już to z powodu tajemnicy, jaką chorzy lubią otaczać swe cierpienie, jużto znów z powodu niezawsze pomyślnych wyników terapeutycznych, w czém zazwyczaj chorzy przez nieodpowiednią dyjetę i nieuważanie na przepisy swego lekarza największą część winy przypisać sobie muszą, szarlatanizm odgrywa znakomitą rolę zagarniając pod swe skrzydła niedoświadczonych, młodych ludzi, którzy wprawdzie nie wstydzą się zakazanych stosunków, lecz wstydzą się prosić lekarza o skuteczną pomoc. Długość leczenia, a ztąd również wynikające koszta, przyczyniają się toż samo do odstręczania chorych od szukania pomocy lekarskiéj a z tego powodu należy uważać wszelkie zabiegi terapeutyczne mające na celu skrócenie cierpienia za dobrodziejstwo pod każdym względem. Pisząc te słowa nie zapowiadam wprawdzie szan. czytelnikom nowéj epoki na polu terapii wiewióra ani też leku owianego sferą cudowności, lecz mam zamiar na podstawie doświadczenia klinicznego zwrócić uwagę na lek oddawna już znany w szeregu dzielnych środków antiseptycznych i poprzeć jego skuteczność w ostrym okresie wiewióra wyborowemi historyjami choroby.

Lekiem tym jest nadmanganezian potasowy *(kali hypermanganicum)* używany tak często celem odwaniania, czy to do mycia rąk przy opatrywaniu ran i oględzinach lekarskich czy też do glegotów, przyczém charakteryzuje się swą bezwonnością i piękną barwą fijoletową. W silném zgęszczeniu barwi ręce na brudno-żółto i piecze gardło, w roztworze słabym np. 1 : 15,00 lub 20,00 nie posiada tych stron ujemnych. Działanie jego antyseptyczne polega na oddawaniu kwasorodu ciałom gnijącym lub zakażającym, przyczém barwa leku tego zmienia się zaraz na brudno-czerwoną, a skład jego chemiczny wykazuje, iż pierwiastek tlenu właśnie w nadmiarze w nim się znajduje.

Wartość terapeutyczna nadmanganezianu potasowego była już kilkakrotnie przez różnych autorów poddawaną próbom krytycznym, lecz mimo pochwał odzywających się z téj lub owéj strony nie wszedł lek ten przynajmniéj w leczeniu zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj w codzienne użycie i nie zyskał takiego rozpowszechnienia, jak na to bezwątpię

nia zasługuje. W najznakomitszych dziełach współczesnych specyjalistów znajdujemy krótkie wzmianki o użyciu terapeutycznem nadmanganezianu potasowego w zapaleniu wiewiórowém cewki, a ponieważ zdania ich trafne i bezstronne zasługują w rozprawce niniejszéj na pierwszorzędne uwzględnienie, przeto przytaczam je w całości. I tak prof. Tarnowski w Petersburgu w znakomitéj swéj monografii o cierpieniach wenerycznych wspomina krótko o nadmanganezianie potasowym zaliczając go do środków żrących i drażniących (*Reizende und kaustische Injectionen: Jod, Kali causticum, Kali hypermanganicum, Liquor Bellosti, Lapis infernalis*, str. *XIV. Vorträge über venerische Krankheiten von Dr. P. Tarnowsky*. Berlin 1872.), a o wartości jego pod względem leczniczym wyraża się w sposob następujący na str. 255: Kali hypermanganicum weszło u nas w użycie w czasach ostatnich. Zapisuje się go w ilości od $^1/_6$ grana do 1 grana (= 0,01 — 0,07) na uncyję wody (35 grm.). Według moich spostrzeżeń jest kali hypermangan. najskuteczniejszém w dawkach słabych i pod tym względem przewyższa wszystkie inne leki zaliczone do żrących i drażniących, jak kali caust., Tra jodi, kali chloricum etc.“ Zeissl w najnowszém wydaniu dzieła swego mającego rozgłos nie mały (*Lehrbuch der Syphilis von prof. Dr. Zeissl.* Stuttgart 1875.) wspomina również na str. 38 krótko o nadmanganezianie potasowym zaliczając go do pocztu leków odwaniających zarówno obok chlorku zynku i kwasu karbolowego. „Doświadczenia, jakie przedsiębraliśmy z temi środkami“, mówi zasłużony ten autor, „przekonały nas, że nie odpowiadają oczekiwaniom i mogą być tylko w znacznem rozcieńczeniu użyte, gdyż dawki znaczniejsze zwiększają tylko stopień zapalenia cewki moczowéj. Dlatego zapisujemy kali hypermanganicum tylko w ilości $^1/_4$ grana na uncyję i stopniujemy do grana na uncyję, jeżeli na to zezwoli stopień oddziaływania ze strony cewki. Udało nam się téż w kilku przypadkach wyleczyć za pomocą tego środka wiewiór cewki moczowéj w ciągu 3 — 4 tygodni, mimo to jednak nie polecamy gorąco tego leku, gdyż nawet słabe rozczyny mają barwę ciemno-czerwoną i plamią bieliznę. Z powodu wielkiéj skłonności do rozkładu należy zawsze zapisywać tylko rozczyny nadmanganezianu potasowego w ilościach małych“.

W rocznikach Virchowa i Hirscha znajduję tylko w tomie z r. 1870 str. 468 z. II. również krótką wzmiankę o doświadczeniach Wardena (Warden Thoma), *Permanganate of potash in the treatment of gonorrhoea and gleed, Lancet 1869. Dec 3*, który w trzech przypadkach świetne miał rezultaty po użyciu nadmanganezianu potasowego do wstrzykiwań, gdyż w 2 przypadkach już po 2 dniach nastąpiło wyleczenie, a w jednym przypadku wiewióra przewlekłego w dniach sześciu. Zalecał on wstrzykiwania 4 razy dziennie ale rozczynu wcale mocnego, bo granów 15 (przeszło 1 grm.) na 1 uncyję (35 grm.), i kazał rozczyn przyrządzać tuż przed wstrzykiwaniem, gdyż przetwór łatwo się rozkłada.

Jak więc z tych krótkich wzmianek napotkanych w literaturze wnioskować można, nie cieszył się lek omawiany rozgłosem znacznym.

Wychodząc z tego stanowiska naukowego, iż zapalenie wiewiórowe cewki moczowéj zawdzięcza swe powstanie przyrzutowi bliżéj wprawdzie nieznanemu, lecz zawartemu bezwątpienia w ropie stanowiącéj nośnik *(vehiculum)* jadu swoistego, spodziewaliśmy się z góry dobrych skutków po użyciu leków znanych zaszczytnie z dzielności antiseptycznéj, w szczególności zaś z nadmanganezianu potasowego; chodziło tylko o ścisłe określenie wskazań do użycia tego leku, o skutki jego terapeutyczne, i o stopień jego rozcieńczenia, co jednak udało nam się dopiero na podstawie bogatego doświadczenia klinicznego bliżéj wywnioskować. Pierwsze próby nie wypadły zaraz we wszystkich przypadkach pomyślnie, jednakowoż wyniki tu i owdzie przewyższyły do tego stopnia oczekiwania nasze, że dalsze próby okazały się zupełnie usprawiedliwionemi, zwłaszcza, że przy użyciu leku tego czas leczenia wiewióra wynoszący zazwyczaj 6 — 8 tygodni w przypadkach nawet stosunkowo wcale pomyślnych został skróconym do dni 10, lub 14, a więc około 2 tygodni. Ztąd téż używaliśmy z prof. Rosnerem leku tego dość często tak w praktyce szpitalnéj, jak i prywatnéj, a skutki były częstokroć nadspodziewanie dobremi, w ogóle zaś zadowalającemi.

Najważniejszą zaletę nadmanganezianu potasowego stanowi wpływ jego nader korzystny na sprawę zapalną i zakaźną zarazem, zaraz w pierwszym okresie rozwoju cierpienia, gdzie błona śluzowa cewki moczowéj jest przekrwioną, mocno rozpulchnioną i pokryta obfitą wydzieliną czysto ropną. Lek ten zalecony w formie słabego rozczynu służącego do kilkakrotnego przestrzykiwania cewki moczowéj ogranicza sprawę zapalną do miejsca zajętego, niszczy bowiem zarazek, przeszkadza zajmowaniu części coraz to dalszych i głębszych, a skutkiem tego skraca niepospolicie cały czas trwania wiewióra. Wydzielina czysto-ropna z odcieniem nieraz zielonawym, gęsta i obfita staje się skąpszą, częstokroć już po 2 lub 3 dniach przybiera cechę wydzieliny nieżytowéj, tj. staje się śluzowo-ropną, a koło 7 lub 8 dnia wydziela się z cewki zaledwie kropla cieczy śluzowéj czystéj. Nieraz udało nam się li tylko za pomocą wstrzykiwań tego leku stopniując stosunek rozczynów doprowadzić do zupełnego wyleczenia wiewióra, jak tego następujące historyje choroby dowodzą.

1) Salomon G., lat 17, praktykant kupiecki z Krakowa, zgłosił się dnia 27 grudnia 1876 do kliniki naszéj w okresie ostro-zapalnym wiewióra. Ujście cewki moczowéj okazało się mocno obrzmiałém, a wydzielina wypływająca z cewki posiada barwę żółtą, jest gęstą i wcale obfitą. Chory nawet utrzymuje, że mu się krew pokazuje przy końcu moczenia, czego jednak w chwili przybycia jego na klinikę stwierdzić nie można było; mocz oddawany nie zawiera wcale żadnych skrzepów, a badanie chemiczne moczu również krwi nie wykazało. Zatrzymania moczu nie ma, ani parcia, ale ból przy oddawaniu moczu jest bardzo mocno piekący. Cierpienie datuje się dopiero od dni trzech, spółkować miał po raz ostatni przed tygodniem. Celem poskromienia mocnego pieczenia przy oddawaniu moczu zalecono choremu czopki z morfinu (po 0,01) 2 razy dziennie, a 3 dnia po przyjęciu chorego tj. 30 grudnia zalecono mu wstrzykiwania z nadmanganezianu potasowego w stosunku 1 : 50,00.

Rp. Kali hypermanganici 0,01
Aq. destilatae 50,00.

Chory oddawał najpierw mocz celem spłókania wydzieliny chorobowéj, następnie przestrzyknął jeszcze cewkę powyższym rozczynem, a w końcu wstrzyknął większą połowę zwykłéj strzykawki ze szkła grubego z oprawą cynkową i zatrzymywał przez $^1/_2$ — 1 minuty w cewce. Powtarzał to 4 razy dziennie. Lekarstwo zapisywano niemal codziennie świeże z apteki, gdyż nadmanganezian potasowy dość łatwo ulega rozkładowi, zwłaszcza jeżeli w naczyniu niezbyt szczelnie zatkaném zetknie się z drobnemi odpadami ciał organicznych, dlatego téż jest rzeczą zupełnie usprawiedliwioną zapi-

sywać roztwór ten przynajmniéj jeżeli już nie codziennie, to co dni kilka a dla ochrony od wpływu promieni słonecznych można go przechowywać w flaszeczkach ze szkła czarnego lub fijoletowego.

Skutek nowego leku okazał się wyśmienitym, po 4 dniach bowiem polepszenie cierpienia było znaczne, ból przy oddawaniu moczu ustąpił zupełnie, a z cewki udało się wycisnąć zaledwie kroplę cieczy nieżytowéj tj. śluzu białego, a więc z małą domieszką ropy. Zalecono z tego powodu 3 stycznia 1877 lek silniejszy tj.

Kali hypermanganici 0,02
Aq. destilatae 70,00.
D. S. Do wstrzykiwań, ale tylko 3 razy dziennie.

Nazajutrz tj. 4 stycznia nie dało się już z cewki nic wycisnąć, skutkiem czego chory na usilne żądanie został wypuszczony z zakładu, z poleceniem jednak, aby w domu daléj robił wstrzykiwania. W tydzień późniéj zgłosił się do zakładu chory, z cewki jednak nie dała się wycisnąć żadna wydzielina chorobowa.

W przypadku zatém niniejszym skutek leczniczy nadmanganezianu potasowego przeszedł wszelkie oczekiwania, gdyż wiewiór ostry, do którego wyleczenia za pomocą metody zwykłéj potrzebaby było najmniéj 6 tygodni, został wyleczony w przeciągu dni 9, z których tylko przez 6 dni robił wstrzykiwania w zakładzie klinicznym. Dalsze wstrzykiwania jakie robił po 2 razy i po 1 razie dziennie późniéj w domu były zalecone dla ostrożności, aby cierpienie chociażby w stopniu tylko nieznacznym znów się nie pojawiło.

W przypadku drugim opisanym poniżéj skutek terapeutyczny leku zachwalanego był podobnież wyśmienitym.

2) Samuel P. z Bukowiny, lat 35, lakiernik, przybył dnia 5 lutego 1877 do kliniki naszéj, gdzie rozpoznano: *Blenorrhea urethrae acuta*. Cierpienie miało się rozpocząć przed dniami 4; ujście cewki obecnie jeszcze obrzmiałe i wywinięte, ból przy oddawaniu moczu dość znaczny, parcia jednak nie ma. Zalecono choremu z zachowaniem tych samych co w przypadku pierwszym ostrożności wstrzykiwania z nadmanganezianu potasowego cztery razy dziennie.

Rp. Kali hypermanganici 0,01
Aq. destil. 60,00.

W dwa dni późniéj chory uskarżał się, że mu się przy moczeniu krew pokazywała, skutkiem czego na dzień jeden usunięto wstrzykiwania i zbadano mocz. Gdy jednak badanie ściśle nie wykazało ani śladu krwi w moczu i przy końcu moczenia, a chory również nie uskarżał się na żadne parcie, przeto nazajutrz tj. 8 lutego zalecono napowrót wstrzykiwania powyższe. Wydzielina zawsze jeszcze ropna i dość obfita. Dnia 10 lutego wydzielina okazała się skąpszą i więcéj śluzową, zalecono kali hypermang. 0,01 : 50 aq. 4 razy dziennie. Dnia 12 lutego wydzielina była bardzo skąpą i czysto śluzową. Na własne żądanie opuścił chory zakład, gdy jednak zgłosił się w 2 dni późniéj tj. 14 lutego jako ambulans, nie można było z cewki nic wycisnąć.

3) Jako przypadek trzeci udowadniający wyborne działanie nadmanganezianu potasowego mógłbym przytoczyć historyję choroby Sebastyjana Ch. z Brzezia, opisaną obszerniéj w rozprawie wykazującéj strony dodatnie i ujemne wstrzykiwań sublimatu połączonego z solą kuchenną, gdzie również lek ten wstrzykiwany z początku 4, potém 3 razy, a wreszcie 2 i raz dziennie w przeciągu dni 10 usunął wiewiór ostry cewki moczowéj.

Do właśnie przytoczonych historyj chorób mógłbym dołączyć jeszcze kilka przypadków z również pomyślnym przebiegiem leczonych w praktyce prywatnéj. Jednakowoż wynik leczenia nie jest zawsze tak szybkim i pomyślnym, częstokroć wypływ śluzowy z cewki moczowéj nie da się usunąć za pomocą nawet silniejszych roztworów nadmanganezianu potasowego, tak że leku tego musimy zaniechać i dokończyć leczenia za pomocą zwykłych środków ściągających. Zawsze jednak i w tych przypadkach oddaje nadmanganezian potasowy niepospolite usługi, raz dlatego, że go można od razu zastósować bez najmniejszéj obawy zaszkodzenia w okresie ostrym, tj. skoro tylko chory odda się w naszą opiekę nawet w okresie rozwoju cierpienia, a następnie z tego powodu, że lek ten ogranicza cierpienie i szybko zmienia charakter wydzieliny, przezco czas leczenia skraca się znacznie.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski,**
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

VIII.

Teoryja fermentacyjna gorączki, czyli fermentacyja wewnątrz ustroju.

Gdy zaczyn chorobowy dostanie się do krwi czy to drogą gruczołów potnych, czy drogami powietrznemi lub za pomocą przewodu pokarmowego, a jest dosyć silnym tak, że odrazu nie marnieje, rozpoczyna on we krwi życie bezpowietrzne.

Podobnie jak drożdżownik rozwija się w roztworze słodu, jak torula rozwija się w soku winogron kosztem tlenu w cukrze tegoż soku zawartego, przyczém wyskok jest niejako płodem ubocznym, podobnie jak mycoderma aceti rozwija się w piwie lub winie i wytwarza przytém ocet, oidium lactis wywołuje kiśnienie mleka, a bacterium termo wywołuje fermentacyję gnilną, tak samo zaczyn chorobowy w skutek przeziębienia do krwi dostawszy się rozwojem swym wywołuje pewną fermentacyję we krwi. Zaczyn ten nazwijmy tymczasem, dopóki botanicznie zdefiniowanym nie zostanie, z a c z y n e m p r z e z i ę b n y m w c h o r o b a c h p r z e z i ę b n y c h, albo z a k a ź n y m w i n n y c h c h o r o b a c h z a k a ź n y c h. Dla utrzymania się i własnego rozwoju zaczyn odbiera krwi krążącéj tlenu i innych potrzebnych sobie składników np. chlorki alkaliczne, ztąd zmniejszenie tych ostatnich w moczu. Niedostatek tlenu we krwi i przeciążenie jéj pierwiastkami obcemi czyni krew niezdatną do należytego odżywiania tkanin, niezdatną do należytego podniecenia czynności żołądka itp., ztąd zaburzenia w całym ustroju; soki trawienne zmienione co do ilości i jakości nie trawią, chory traci apetyt, a gorzenie podwyższone kosztem tkanin ustroju odbywać się musi, chory więc chudnie, mocz z powodu większego ubytku wody na powierzchni ciała przez podwyższenie ciepłoty, a może i w skutek zmian w ciśnieniu śródnerkowém staje się skąpszym a więcéj wysyconym, zawiera chlorków mniéj, więcéj mocznika i kwasu moczowego. Mózg nieprawidłową krwią odżywiony nieprawidłową rozwija czynność, chory majaczy lub

mrzy tj. śpi snem przerywanym budząc się co chwila śród dręczących marzeń.

Skoro tylko ośrodek nerwowy serca tj. rdzeń przedłużony obleje krew w wielkiéj części tlenu w skutek fermentacyi pozbawiona i rozwijającemi się zaczynami obciążona, natychmiast za pomocą nerwu współczulnego niby drutem telegraficznym zaalarmowane zostaje serce i pobudzone do szybszego skurczu, a klatka piersiowa do szybszego oddechu, aby krew świeżo utleniona do zagrożonych w swym bycie tkanin przybywała.

W ten sposób ubywający tlen wynagradza się szybszemi skurczami serca, szybszym biegiem krwi w systemie naczyniowym. Usiłowania te przywrócenia równowagi w zaburzonem odżywianiu nazywamy gorączką „febris." Mógłby jednak kto zarzucić, iż samo niedostateczne utlenianie krwi nie wystarcza do wywołania gorączki, albowiem po zapaleniu płuc po ukończeniu okresu wypocinowego utlenianie jest zapewne jeszcze niedostateczne z powodu bezdrożności części płuc, a mimo to nie występuje gorączka.

Dzieje się to dlatego, że w zapaleniu płuc po ukończeniu okresu wypocinowego przestają już krążyć we krwi zaczyny chorobowe, nie odbierają więc bezpośrednio z krwi tętniczéj tlenu, krew przez resztę płuc przechodząca zawsze jest jeszcze do tyla zaopatrzona w tlen, iż oblewając rdzeń przedłużony wywołuje nieznaczne tylko przyspieszenie tętna, a ciepłota się nie podwyższa, gdyż ustała już fermentacyja.

Dla wywołania więc gorączki nie wystarcza niedostateczne utlenianie krwi w płucach, potrzeba koniecznie zaczynów we krwi krążących, któreby wywołując fermentacyję podwyższały ciepłotę krwi, a przez odbieranie tlenu bezpośrednio z krwi tętniczéj pobudzały rdzeń przedłużony do wywoływania szybszych ruchów serca i klatki piersiowéj. Tak więc gorączka, którą zazwyczaj za najważniejsze zboczenie w chorobach ostrych uważamy, jest według tego pojęcia właściwą siłą leczącą przyrody w całém słowa tego znaczeniu, jestto Boerhaava i Stolla *„affectio vitae conantis mortem avertere."* Pod niejakim względem jest to zwrot do pojęć gorączki starożytnych od czasów Hippokratesa rozpowszechnionych i przez całe wieki się utrzymujących.

Podwyższenie ciepłoty ciała, ta najwyższa patognomoniczna cecha gorączki, jest czystym objawem procesu chemicznego, jest naturalnym skutkiem podwyższonego zużycia tlenu. Skoro więcéj tlenu się zużywa raz dla rozwoju zaczynów chorobowych, powtóre dla zwyczajnego utleniania krwi i odżywienia tkanin, tedy z fizyczną koniecznością nastąpić może wywiązywanie się wyższéj ciepłoty.

Podobnie jak przy fermentacyi wyskokowej podwyższa się ciepłota soku winogron, podobnie jak przy fermentacyi gnilnéj zmoczonego siana (*si cruda subtillimis comparare licet*), siano w kupie się rozgrzewa tak iż rękę włożoną parzy, z kopy takiéj się kurzy, a nawóz gnijący niekiedy się zapala, tak przy fermentacyi zakaźnéj we krwi się odbywającéj podwyższa się ciepłota krwi.

Z tém wszystkiém, o ile w gorączce szybsze krążenie i szybsze utlenianie jest pożądaném, o tyle znów podwyższenie ciepłoty, które jest niejako ubocznym lecz koniecznym wynikiem podwyższonego utlenienia, nie jest wcale pożądaném i staje się częstokroć zgubném dla chorego, gdyż tkaniny ludzkie, a szczególniéj mózg, serce i wątroba nie wytrzymują tak wysokiéj ciepłoty, ulegają pod jéj wpływem rozpadowi tłuszczowemu i drobinowemu. Wykazał to najprzód Niemeyer, a później anatomicznie liczni badacze. Gdy ciepłota do 42° C. dochodzi, w krótkim czasie życie ustaje, i dlatego zapewne nie otrzymujemy wyższych stopni ciepłoty u ludzi gorączkujących.

Jak się to zwykle dzieje w medycynie, praktyka wyprzedziła i w leczeniu gorączek teoryję. Z poprzedniego wynika, że w gorączce chodzić powinno o podniecenie ruchów serca i ruchów oddechowych, a obniżenie ciepłoty. To też anglicy oddawna w domu i w ogóle w największych gorączkach podają wódkę, a obecnie i niemieccy lekarze każą podawać wino w obfitéj ilości. I tak np. Juergensen w Kolonii zaleca chorym w największém zapaleniu płuc obok używania zimnych kąpieli podawać po flaszce wina codziennie, lub inne środki pobudzające. (Juergensen w Ziemssenie V, II, 163 i 167). Dopóki mięsień sercowy jest silny, dopóty w chorobach gorączkowych mamy tętno pełne, twarde, tętnice tętnią jakby młotki, twarz jest zarumieniona; dawniejsi lekarze nazywali stan ten gorączką steniczną. Gdy mięsień sercowy wśród ogólnego schudnienia wszystkich mięśni także wyniszczeje, ulegnie stłuszczeniu, osłabnie, wtedy tętno staje się nikłém, miękkiém, (gdyż i ściany tętnic wątleją), mimo szybkiego skurczu mała ilość krwi za każdym skurczem wypartą zostaje do ogólnego obiegu, powstaje na twarzy i całéj skórze sinica. Mówimy wtedy, że gorączka jest asteniczną albo adynamiczną, któréj ostatecznym wynikiem bywa porażenie serca.

Tego wysilenia mięśnia sercowego *(Insuficienz der Herzkraft)* najbardziéj obawia się w zapaleniu płuc Juergensen, gdyż wtedy serce osłabione nie jest w stanie przepchać masy krwi przez płuca, których drożność znacznie upośledzoną została, dlatego im większe z téj strony grozi niebezpieczeństwo, tém mocniejszego wina używa.

Natomiast staramy się we wszelkich chorobach gorączkowych wszelkiemi sposobami zwalczać wygórowaną ciepłotę, aby do téj wysokości nie doszła, przy któréj tkaniny się rozpadają a życie ustaje. W razach tak wygórowanéj ciepłoty przy sekcyi osób zmarłych z duru, z gorączki połogowéj, nie znajdujemy niekiedy żadnych powikłań, któreby śmierć tłumaczyły, tylko zwyrodnienie drobnowidowe serca, wątroby, rozpad śledziony, co za skutek zbyt szybkiego gorzenia uważać należy. Ochładzamy więc ciało we wszelkich cokolwiek wygórowanych gorączkach z jednéj strony za pomocą lodowych okładów, zimnych obwijań, zimnych kąpieli, chłodnego okrycia, chłodnych napojów, zimnego powietrza (Kaczorowski w Poznaniu), z drugiéj strony przez tępienie zaczynów gorączkotwórczych za pomocą chininu lub kwasu salicylowego, co jednakże tylko w części nam się udaje.

Niedostatek tlenu we krwi także z innych przyczyn pochodzić może. Tak np. przy natężoném bieganiu lub przy wszelkiéj natężającéj pracy fizycznéj mięśnie pracujące spożywają tlen, dla zastąpienia go powstają szybsze skurcze serca, płuca szybko i potężnie oddychają, czego wynikiem szybsze utlenianie krwi, co znowu połączone jest z podwyższeniem ciepłoty; dlatego człowiek w chwili ciężkiéj pracy prócz zmęczenia czuje gorąco, szybko oddycha, serce i wszystkie tętnice silnie i szybko tętnią, przytém oblewa się potem. Ma on niektóre cechy gorączki szybko przemijającéj ale właściwéj gorączki nie ma, gdyż jego krew nie zawiera zaczynów, nie fermentuje, dla tego też człowiek taki czuje się zdrowym pomimo wysokiego tętna i wysokiéj ciepłoty. Z usta-

niem natężenia ustaje potrzeba zwiększonego dowozu tlenu, ustaje przyspieszone bicie serca, nastaje równowaga w utlenianiu krwi i wyrobie ciepła, a osoba czuje głód podobnie jak chory po przebyciu gorączkowéj choroby.

Gorączka w chorobach przeziębnych i w ogóle zakaźnych trwa dopóty, dopóki odpowiedni zaczyn odmienny w każdéj chorobie wywołuje fermentacyję we krwi, czyli ile potrzebuje czasu do skończenia swego rozwoju. W jednych chorobach fermentacyja a z nią i gorączka kończy się nagle np. w zapaleniu płuc, zimnicy, gorączce powrotnéj, w innych następuje to mniéj więcéj zwolna śród pewnych wahań np. w durze wysypkowym, durze brzusznym, w gośćcu itd.

Gorączka w ranach większych powstaje także w skutek fermentacyi krwi a zaczyny dostają się albo wprost z powietrza atmosferycznego, albo z ognisk zapalnych.

Jakim jednak sposobem dzieje się, że np. w złamaniach kości podskórnych, gdzie więc nie ma powietrze atmosferyczne przystępu, przez ruszanie odłamków kostnych wywołać można gorączkę, jak to wykazali na zwierzętach Billroth, Hueter i Weber? Tu urywa się wątek naszego rozumowania, nie możemy bowiem pojąć, jakim sposobem do owych tworzących się ognisk zapalnych dostają się istoty gorączkotwórcze czyli nasze zaczyny zakaźne?

Trzebaby przypuścić, że wynaczynione ciałka białe krwi w zetknięciu z tkankami przybierają rolę zaczynów, a rozmnażając się wytwarzają znaczniejszą ilość ropy, przytém zużywają tlen, wywołują podwyższenie ciepłoty i tętna, jedném słowem gorączkę, lecz nie chcąc mnożyć hipotez i tak tu zbytnie może nagromadzonych poprzestajemy na téj wzmiance.

Zastanowiwszy się, jaka zachodzi różnica między teoryją Billrotha-Webera, teoryją Liebermeistra a teoryją fermentacyjną gorączki tu rozwiniętą, odpowiedzieć wypada, że od Billrothowskiéj teoryi tém się tylko różni, iż Billroth uważa istoty gorączkotwórcze za rodzaj fermentów *(zymoid)* w dawném tego słowa znaczeniu, a więc jak się zdaje za istoty nieorganiczne, których sposobu działania bliżéj nie określa, tu zaś uważane są za najniższe ustroje roślinne we krwi życiem bezpowietrznem rozwijające się, na podstawie czego starałem się niektóre objawy gorączkowe wytłumaczyć, które z zaczynów nieorganicznych wytłumaczyćby się nie dały.

Od teoryi Liebermeistra, mającéj to wspólnego z teoryją fermentacyjną iż obie podają za przyczynę gorączki obecność istot gorączkotwórczych organicznych we krwi, tém się ta ostatnia różni, iż Liebermeister przypuszcza, że w każdéj gorączce jest organizm w skutek działania istot gorączkotwórczych nastrojony na wyższy stopień ciepłoty, na którym za pośrednictwem układu nerwowego stara się ciągle utrzymać, ja zaś tego przypuszczać nie potrzebuję, mogąc w sposób prostszy utrzymywanie się gorączki na pewnéj wysokości wytłumaczyć. Mojém zdaniem jest nastrój do regulowania ciepłoty zawsze ten sam, tj. wynosi średnio 37° C. i przedstawia wahania dobowe między $36^1/_2$ a $37^1/_2$° C. Lecz w skutek słabszéj lub silniejszéj fermentacyi podnosi się ciepłota krwi stale o 1—4 stopni C. To pojmowanie gorączki wielce popartém zostaje przez utrzymywanie się wahań dobowych ciepłoty u gorączkujących podobnie jak u zdrowych. Z doświadczeń Liebermeistra i Juergensena (Liebermeister l. c. str. 80) wynika, że ciepłota ciała u człowieka zdrowego spoczywającego podczas dnia stale się wzmaga, podczas nocy stale opada, maximum ciepłoty przypada między 5 a 8 wieczorem, minimum między 2 a 6 rano.

Ten stosunek utrzymuje się z malemi zmianami nawet niezależnie od pożywienia i zatrudnienia. Ten sam stosunek znachodzimy po większéj części u gorączkujących (z wyjątkiem zimnicy, w któréj fermentacyja bardzo szybko się rozwija.)

Zgadza się to w zupełności z naszą hipotezą, bo jeśli podniesienie ciepłoty w skutek fermentacyi przez cały ciąg dnia jednostajnie się utrzymuje i np. 2° wynosi to i typ wahań dobowych będzie się utrzymywać tylko w sferze o 2° wyższéj.

Doszliśmy dotychczas w teoretycznych naszych wywodach do wniosków, jakim sposobem zaczyny różnych chorób zakaźnych a w szczególności przeziębnych dostają się do krwi, jak wywołują w niéj pewne zmiany, dlaczego zmianom tym towarzyszy podwyższenie tętna i ciepłoty czyli tak zwany stan gorączkowy.

Tym sposobem doszliśmy do wytłumaczenia pierwszego i drugiego okresu chorób zakaźnych tj. okresu wylęgania i okresu gorączkowego. Należałoby jeszcze zastanowić się nad dalszemi zjawiskami i wynikami fermentacyi czyli nad okresem 3cim wypocinowym. Ponieważ brakuje tu nam podstaw chemicznych, któreby nas ze zmianami krwi i w ogóle ze zmianami fermentacyjnemi przez poszczególne zaczyny w różnych chorobach zakaźnych wywołanemi, zaznajomiły, musimy ograniczyć się do kilku ogólników.

W skutek zużycia tlenu na inne cele, tudzież w skutek obciążenia krwi zaczynami w niéj się rozwijającemi, nie wytwarzają się ciałka krwi w należytéj ilości i jakości, czyli innemi słowy zmienia się skład krwi jakościowo i ilościowo nie tylko pod względem chemicznym ale co może ważniejsza i pod względem morfologicznym. Zamiast wykształconych ciałek krwi mamy mnóstwo ciałek niewykształconych, ciałek krwi białych, ciałek ropnych i śluzowych, wreszcie zmarniałych lub rozpadłych; krew staje się rzadsza, płynniejsza, skłonna do wypacania i przepacania *(exsudatio et transsudatio)*. Tym sposobem w miejscach zmniejszonéj odporności ścian naczyń, zmniejszonego ciśnienia dośrodkowego, przepaca surowicę krwi i produkty fermentacyi; w ten sposób albo wypacane zostają wypociny surowicze, włóknikowe lub ropne z naczyń krwionośnych w sposób przez Cohnheima podany (Virchowa Archiv 39 t. Przegląd Lekarski 1868), już to do błon surowiczych, już też na błony śluzowe lub do pęcherzyków płucnych, a zarazem tym sposobem pozbywa się krew nieprawidłowych składników (część tychże i gruczołami potnemi wydalona być może.)

Które wypociny z pomiędzy płodów fermentacyi uważać mamy za rozwinięte zaczyny, odpowiadające drożdżom przy fermentacyi wyskokowéj, które zaś za wytwory fermentacyi odpowiadające wyskokowi przy fermentacyi wyskokowéj, o tém może kiedyś dalsze badania nas pouczą. Teraz tylko ogólnikowo powiedzieć możemy, że te wypociny lub części składowe tych wypocin, które są zaraźliwe, zawierać w sobie muszą zaczyny chorobowe (drożdże), zatém np. w śluzie nosa przy nieżytach nosowych znajdują się zaczyny nieżytowe, we łzach, w śluzie nosowym, w przyskórku u osób odrowych znajdować się muszą zaczyny odrowe itd.

IX.

Powtórzenie zjawisk wytłumaczyć się dających na podstawie teoryi zaczynów przeziębnych i w ogóle zakaźnych.

Dla uwidocznienia, ile zjawisk wśród i po przeziębieniu występujących da się wytłumaczyć za pomocą teoryi zaczy-

nów przeziębnych, pozwolę sobie powtórzyć niektóre z nich w kształcie pytań i odpowiedzi.

1) Kiedy ulegamy przeziębieniu i w jaki sposób?

Wtedy gdy zaczyny chorobowe dostają się do obiegu krwi za pośrednictwem gruczołów potnych, co tylko wtenczas nastąpić może, gdy w oziębionej skórze prąd przewiewu skórnego z odśrodkowego zamienia się na dośrodkowy, przez co zaczyny w powietrzu zawieszone i do skóry przylegające wciągnięte zostają do gruczołów potnych na kształt rtęci ustępującej do kulki ciepłomierza przy oziębianiu tejże. Krew w siatce naczyń otaczających gruczoł potny w skutek kurczenia się naczyń pędzona ku środkowi porywa z sobą zaczyny, które w niéj rozwijając się, wywołują w niéj fermentacyję i choroby przeziębne.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

A. Lacassagne (w Val- de- Grâce): **Précis de médecine judiciaire.** Paris 1878, G. Masson, str. 576, z 47 rycinami i 4 tabl. kolorow.

Przed kilku dniami czytaliśmy w jednym z tygodników lekarskich, że prof. Brouardel z Paryża z polecenia francuskiego ministerstwa sprawiedliwości zwiedził zakład sądowolekarski prof. E. Hofmanna we Wiedniu celem zdania sprawy o tym zakładzie, który istniejąc od lat trzech już zwraca na siebie powszechną uwagę zawodowców, jakoteż o systemie wykładowym téj gałęzi lekarskiéj tyle ważnéj dla sądownictwa. Przy téj sposobności Brouardel miał oświadczyć, że niebawem ukaże się książka prof. Hofmanna w tłumaczeniu francuskiém, gdyż we Francyi od czasu ukazania się dzieła profesora Devergie nie wyszła żadna książka systematycznie traktująca o medycynie sądowéj, a obecnym wymogom odpowiadająca.

Nie w porę więc przychodzi Lacassagne z twierdzeniem swém chełpliwém, że medycyna sądowa jest umiejętnością francuską, powołując się na sąd Krahmera, a więc Niemca, który w dziele swojém o medycynie sądowéj w r. 1850 przyznał, że metoda badania kwestyj sądowolekarskich we Francyi jest ściśléj naukową aniżeli w Niemczech. Wprawdzie Lacassagne dowiedział się o tym sądzie Krahmera z drugiéj ręki dopiero i wątpi, ażali lekarze niemieccy podzielają jeszcze dotąd to zdanie, ale on sam zapewnia: *„Cette opinion émise en 1850 est toujours vraie“*! Że się grubo myli i że w ostatnich 25 latach medycyna sądowa we Francyi pozostała znacznie w tyle za postępem, o tém szan. autor zapewne nigdy się nie dowie, a to z bardzo prostéj przyczyny, że literatura niefrancuska jest dla niego, jak dla bardzo wielu jego rodaków, *terra incognita.*

O pewnym okuliście francuskim krytyk niemiecki bardzo trafnie się wyraził, że odkrywa na nowo wszystko to, co w Niemczech już oddawna jest znane; nasz autor nie posiada nawet tego sprytu, jest on kompilatorem przysięgającym za zdania autorów, których prace wyszły w języku francuskim lub przynajmniéj na język ten tłumaczone zostały, a przedewszystkiém polega na nauczycielu swoim profesorze Tourdes nawet w takich kwestyjach, które powinien znać dokładnie, jak np. w badaniu krwi, włosów itd. Już jeden taki ustęp, jak np.: „Tourdes zapewnia, że plamy krwawe zaledwo dostrzegalne stwierdzone zostały jako takie za pomocą próby heminowéj“ wystarcza do wyrobienia sobie sądu o autorze, że brak mu wszelkiego doświadczenia własnego. Co większa, musi nieznać nawet dzieła swego rodaka Ranviera, skoro twierdzi, że badanie krwi za pomocą spektroskopu mało jest używane. Że próbę uszną poczytuje za odkrycie Dra Gellégo, dziwić nas wcale nie może; wszak Gellé tak podaje a innych rozpraw autor nie czytał. Po tych kilku przykładach — a moglibyśmy podać nie równie więcéj — przekonać się można, jak rzetelném było wyznanie Brouardela na wstępie przytoczone, i że nasz autor wcale nie jest powołany do wypełnienia téj luki w literaturze francuskiéj. Ryciny, któremi autor ozdobił swoje dziełko, są albo znane nawet studentom, albo wyjęte z dzieł innych, albo wreszcie bardzo niedokładne; to samo tyczy się tablic, które nic nowego nie przedstawiają.

Mimo tych stron ujemnych wspominamy atoli o dziełku Lacassagna dlatego, że ono posiada i niektóre zalety. Przedewszystkiém jest ono kompilacyją wcale zgrabną. Powtóre znachodzimy w niém wcale dobrze traktowane niektóre rozdziały, które w nowszych dziełach sądowolekarskich albo całkiem są pomijane, albo przynajmniéj bardzo pobieżnie zestawione; w tych rozdziałach autor rozprawia bardzo obszernie i z pewną predylekcyją o śmierci z ciepłoty wysokiéj i niskiéj, z wymorzenia, z gazu świetlnego i kloacznego, o działaniu środków znieczulających i trujących; książka w mowie będąca może więc oddawać istotne usługi lekarzowi sądowemu w tych kwestyjach szukającemu pouczenia. Wreszcie autor podaje wszędzie przepisy prawne we Francyi obowiązujące, a co ważniejsza, zamieszcza także w całéj rozciągłości kilka ważnych rozporządzeń administracyjnych, jak np. o obłąkanych, o gazie świetlnym, o wychodkach i kanałach, o pokarmach i fałszowaniu takowych itd.; ponieważ rozporządzenia te w całym świecie uznane są jako bardzo odpowiednie, więc i pod tym względem dziełku Lacassagna wartości odmówić nie można. Dodajmy do tego niezbyt krótką i dobrą historyję medycyny sądowéj, którą autor na wstępie podał, druk i papier, które nic do życzenia nie pozostawiają i w ogóle wydanie ozdobne obok stosunkowo niskiéj ceny, to usprawiedliwioném będzie omówienie, a nawet i polecenie jego książki jako kompilacyi pod pewnemi względami wcale nie złéj. *Prof. Blumenstok.*

Bergmann (Würzburg): **O leczeniu ran postrzałowych kolana w wojnie.**

Obejmując klinikę chirurgiczną po Linharcie obrał sobie B. na wstępny wykład powyższy temat, który rozwinął na podstawie własnego doświadczenia nabytego jako konsultant armii rosyjskiéj w ostatniéj wojnie rosyjsko-tureckiéj.

W ostatniéj wojnie domowéj amerykańskiéj rezultaty leczenia ran postrzałowych stawu kolanowego były bardzo niekorzystne, albowiem umarło na 1000 takich rannych 837. To też w obec tego nie można się dziwić, że chirurdzy wojenni stawiali sobie w obec tych ran zazwyczaj dylemat: amputować lub resekować? Dopiero doświadczeniom Langenbecka, Simona, Klebsa, Listra i Volkmanna zawdzięczyć należy przywrócenie konserwatywnego leczenia ran stawu kolanowego.

B. trzymał się początkowo ściśle metody Listra, lecz wkrótce musiał ją porzucić dla różnych powodów od niego

niezależnych. Na 57 ran postrzałowych kolana wyleczył 28; u 5 był rezultat niepewny a 24 umarło. Zwraca uwagę, że wypadek był tém świetniejszym, im mniejszém było ropienie a to zależało znów od tego, im mniéj która rana była sondowaną, wystrzykiwaną, ugniataną itp. Pierwszy opatrunek najczęściéj rozstrzyga o losie rannego. Wielką zasługę przypisuje B. również wcześnie (bo na placu boju albo tuż za liniją bojową) zakładanym oprawom gipsowym, które odnogę unieruchomiały i tym sposobem ranie pomimo transportu spokój zapewniały. Ranę myto powierzchownie rozczynem kw. karbolowego i otaczano grubą warstwą 10% waty salicylowéj, poczém dopiero zakładano oprawę gipsową od palców aż na miednicę. Opatrunek taki zostawiano nieraz kilka lub kilkanaście dni a częstokroć przy pierwszéj zmianie znaleziono ranę już zagojoną. *(Centralblatt f. Chirurgie* 1878. 41.)

A. O.

Verger: **Wydalenie ciała obcego z przełyku wymiotami, wywołanemi przez podskórne zastrzyknięcie apomorfinu.**

Na posiedzeniu z d. 27 sierpnia b. r. opowiedział Verger Stowarzyszeniu francuskiemu dla postępu nauk następujący przypadek z swojéj praktyki prywatnéj: 9-letni chłopiec połknął pestkę ze śliwki, która usadowiwszy się w przełyku wywołała niedające się lekceważyć przypady; zadany korzeń wymiotnicy zawiódł w zupełności, zanim więc miano przystąpić do wydalenia ciała obcego przy pomocy właściwych narzędzi, zastosował Verger podskórnie apomorfin, wstrzykując dwukrotnie rozczyn, który w dwustrzykawkowéj ilości zawierał 0,0025 alkaloidu. W parę minut wystąpiły wymioty, które z łatwością usunęły ciało obce, chory przedstawiał widok rozluźnienia mięśniowego obok tępości umysłowéj, tętno miał drobne, oddychał spokojnie i wkrótce usnął, a następnie po wypiciu czarnéj kawy wrócił do stanu prawidłowego.

Przypatrując się losowi wszystkich nowych leków, trudno nie dostrzedz wspólnego im okresu rozgłosu i daleko sięgających nadziei, okresu, w którym uzurpują głos dyletanci i wrażliwi entuzyjaści; po nich dopiero sprawa przechodzi w sumienne i świadome ręce fizyjologów i klinicystów i lek nowy skazany zostaje na wieczne zapomnienie, lub otrzymuje prawa obywatelskie w dziedzinie farmakologii. O apomorfinie fizyjologowie wydali swój sąd, a namienić muszę, że ten wypadł korzystnie dla tego nowego leku; dziś ogół lekarzy czeka na wyrok klinicystów, na unormowanie przez nich dawki tego środka, na wysłuchanie przestróg, które im nastręczyło doświadczanie i spostrzeganie; bez wysłuchania powag, bez ich, że się tak wyrażę, upoważnienia nie mogą i nie powinni lekarze praktyczni poomacku polecać lek, o którym jedno jest tylko zdanie wyrobione, że nie jest on obojętnym; zanim jednak podobne monografije się ukażą, uważam za rzecz stósowną posłużyć się przypadkiem Dra Vergera, ażeby zwrócić uwagę kolegów, że apomorfin może im oddać bardzo cenną usługę. Wiemy dokładnie, że nie wszyscy lekarze posiadają przyrządy do wydobycia ciał obcych z przełyku, wiemy również, że nie można wymagać, ażeby lekarz ciągle woził ze sobą cały swój arsenał chirurgiczny, a doświadczenie poucza, że na prowincyi bardzo często, zwłaszcza w przypadkach groźnych, odszukują lekarza daleko od miejsca stałego jego pobytu, a więc pozbawionego narzędzi; otóż w zbiegu takich okoliczności apomorfin może odegrać rolę, w któréj go żaden inny lek nie zastąpi, zwłaszcza jeśli połykanie jest w skutek obecności ciała obcego i jego następstw uniemożebnionem. Nie mniéj doniosłego znaczenia jest podskórne zastrzykiwanie apomorfinu w otruciach, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy otrucie nastąpiło w zamiarze odebrania sobie życia, a samobójca broni się przed przyjęciem leków wymiotnych przez usta. Często lekarz zastaje otrutego z tak przepełnionym żołądkiem cieczami, które publiczność nie bez podstawy zwykła stósować, że wprowadzając lek wymiotny wewnętrznie nie może on liczyć na rychłe jego wessanie i na niezwłoczny skutek; przeto i w podobnym przypadku podskórne zastósowanie apomorfinu może uratować zagrożone życie; nakoniec nie jest rzeczą obojętną dla błony śluzowéj żołądka, która już uległa nadżarciu od kwasu arsenawego lub sublimatu, jeśli polecimy winnik wymiotny, posiadający, jak wiadomo również własności żrące.

Apomorfin może oddać znaczne usługi w dławcu, a mianowicie w tym okresie, kiedy krew po części już zatruta kwasem węglowym źle odżywia ośrodki mózgowe, co uwydatnia się znieczuleniem nerwowém i słabém oddziaływaniem na bodźce; w tym okresie, dla wywołania wymiotów, lekarz zniewolony jest zadać zwiększoną dawkę leków i najczęściéj wywołuje groźny zapad, lub téż zamiast wymiotów doczeka się rozwolnienia, a jeśli polecał siarkan miedziowy, ujrzy niebieskie zabarwienie kału.

Jeśli uwzględnimy prace fizyjologiczne i kliniczne Sieberta, Quehla, Harnacka, Riegla i Boehma, oraz cenne spostrzeżenia, dokonane w klinice prof. Korczyńskiego przez asystenta tejże kliniki Dra Paszkowskiego, to nabierzemy przekonania, że apomorfin jest w pojęciu klinicznem środkiem wymiotnym, a wyższość jego nad dotychczas znanemi środkami wymiotnemi polega na niezawodném i bardzo rychłém działaniu, jak również i na tém, że on jeden z gromady środków wymiotnych daje się stósować podskórnie; te cenne zalety apomorfinu zalecają ten środek w otruciach, w obecności ciała obcego w przełyku, szczególnie u chorych na umyśle i w tych innych przypadkach, gdzie trzeba działać pewnie i bezzwłocznie; lecz jest i odwrotna strona medalu: apomorfin podług niektórych badaczy wywołuje groźny zapad, zwłaszcza Loeb przestrzega przed temi następstwami u dzieci, a zapad ten zarówno spostrzegano przy zbyt wielkich, jak i przy zbyt małych dawkach, i ci lekarze, którzy obawiając się złych następstw polecali dawki za małe, stale spostrzegali zapad, którego nie było przy dawkach nieco większych (0,008 — 0,010 u dorosłych, 0,002 u dzieci); przeto zebranie statystycznego materyjału, mogłoby zachęcić lekarzy do częstszego posługiwania się apomorfinem i podając spostrzeżenie Vergera mam nadzieję, że przykład jego znajdzie naśladowców, a arsenał nasz terapeutyczny powiększy się o jeden dzielny środek leczniczy. *(Le Progrès médical.)*

Dr. A. Kwaśnicki.

Łatwe sposoby wykrycia arsenu w farbach anilinowych.

Sposób nader prosty i dosyć pewny jest następujący: w rurce probierczéj oblewa się 0,1 farby podejrzanéj 10,0 czystego kwasu solnego, kłóci się do dokładnego rozpuszczenia, zanurza kawałek blaszki miedzianéj o powierzchni czysto metalicznéj, tak żeby ciecz pokrywała zupełnie blaszkę. Rurkę probierczą wstawia się na 20 do 30 minut w wodę wrzącą, wylewa się potém z niéj ciecz a blaszkę miedzi opłukuje się wodą przekraplaną. Jeżeli arsen nie był obecny, powierzchnia blaszki pozostaje niezmienioną. W razie obecno-

ści zaś arsenu, powierzchnia blaszki jest czarno-popielata z powodu tworzenia się połączenia arsenu i miedzi.

Pewniejszą próbą jest następująca: W parowniczce porcelanowéj oblewa się 0,1—0,3 farby anilinowéj 3—6 gramami rozcieńczonego kwasu siarkowego, dodaje rozczynu podsiarczynu sodowego ($Na_2 SO$) i na wolnym ogniu ciecz tę odparuje tak długo, dopóki się wywiązuje woń bezwodnika siarkawego. — Pozostałość rozpuszcza się w małéj ilości kwasu solnego, mięszaninę tę wlewa się do kolbki (dorzuca się kawałek parafiny dla uniknienia burzenia przy gotowaniu), zatyka się przedziurawionym korkiem, przez który przeprowadza się rurkę podwójnie prostokątnie zakrzywioną, któréj dłuższe ramie umieszcza się w odbieralniku obejmującym kw. siarkowodowy, nie zanurzając w nim i przekrapla się większą połowę zawartéj cieczy w kolbce. Jeżeli badana farba zawiera arsen (jako kwas arsenawy lub arsenowy), to takowy przechodzi jako chlorek arsenu, a w odbieralniku znajdująca się ciecz barwi się żółto i wydziela klaczkowaty żółty osad siarczku arsenu. *(Czasop. Tow. Aptek.* 1878, 19).

IV. Zdanie sprawy z 51 Zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Kasselu we Wrześniu 1878.

Skreślił Dr. S. Domański.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

W sekcyi ginekologicznéj toczyła się dyskusyja o operacyi raka macicy sposobem Freunda z Wrocławia, oraz o kształcie i rozwoju błony dziewiczéj.

Schalle okazał nowy przyrząd do oświetlania przy badaniu nozdrzów, krtani i narządu słuchowego.

Schuster z Akwisgranu zwrócił uwagę na konieczność dokładnego badania nosa osobliwie w przypadkach wątpliwych, jak np. niekiedy w chorobach mózgu.

Steffen wyłożył rzecz o chorobach migdałków ze szczególniejszym względem na zapalenie migdałków błonicowe.

Riedel mówił o moczu w złamaniach. Z pomiędzy 19 złamań uda lub podudzia, z których 4 było powikłanych, 15 zaś prostych, uważano w 8miu białko w moczu, niekiedy w znacznéj ilości, najczęściéj z tworami wałeczkowatemi.

Sachs z Kairu mówił o niektórych chorobach chirurgicznych sprawionych przez wnętrzaki; w szczególności przytoczył przypadek młodéj murzynki, u któréj powoli rozwijał się ropień w okolicy kolana z niewiadoméj przyczyny. Po otwarciu jego pokazały się roje zarodków i sam nitkowiec medynański *(filaria)* mający 95 cm. długości. Co do powstawania takich ropniów, rzeczą jest najpodobniejszą do prawdy co następuje: z osób mających ropnie z pasorzytów podczas kąpieli w wodzie stojącéj przechodzą zarodki do pewnego rodzaju małych raków *(cyclops)*, a z nich po odbyciu kilku przemian za pośrednictwem wody do picia znów do człowieka. W podobny zupełnie sposób, zdaje się, dostaje się motylica krwawa do żołądka i jest następnie powodem moczenia krwawego a niekiedy nawet kamieni moczowych, przez to, że z żyły bramnéj dostaje się do żyły krwawnicowéj wewnętrznéj i splotu pęcherzowego.

W sekcyi dla higijeny publicznéj miał Liernur wykład o czyszczeniu miast, przyczém oświadczył się za zasadą podziału pracy; potępił przeto system spławiania, w którym wszystko chce się usunąć jednym kanałem i przez to właśnie nie dopina celu. W jego zaś systemie osobne istnieją kanały dla wody deszczowéj, do któréj dochodzą tylko wody z potrzeb przemysłowych i domowych bez części kałowych. Wielokrotne badania przekonały, że w wodzie takiéj zaledwie znajduje się jedna milionowa azotu, gdy w treści zwyczajnych kanałów z powodu obecności kału znajduje się sto milijonowych azotu nie rachując organizmów będących powodem rozmaitych chorób. Następstwem tego systemu jest możność innéj budowy kanałów. Ponieważ kanały te prowadzą wodę bardzo mało tylko zanieczyszczoną, mogą mieć ujście do rzeki nawet powyżéj miasta, a że nic nie mają do osadzenia, nie potrzebują być przystępnemi dla robotników, przez co mogą być znacznie mniejsze i prostsze od zwyczajnych. Można je przeto zbudować z rur sztaingutowych zaopatrzonych w stósowne sączki do oczyszczania wody spływającéj z ulic. Do odprowadzenia kału i odpadków kuchennych służą w systemie Liernura osobne szczelne rury żelazne po całém mieście stósownie rozgałęzione, w których treść porusza się ciśnieniem powietrza atmosferycznego za pomocą stósownego motora i dochodzi do odpowiedniego przyrządu celem zgęszczenia w próżni o podwójném działaniu *(vacuum à double effet)*. Przeto otrzymuje się masę mającą 7 marek wartości za 50 kilogramów, co także mniéj więcéj równa się rocznéj produkcyi jednego człowieka. Koszta urządzenia wraz z opłatą procentu i umarzaniem kapitału wynoszą kolo 4 marek na rok i głowę. System ten przeto łączy w sobie wiele zalet, bo oczyszcza gruntownie miasto, przynosi mu czysty dochód, chroni rzeki od zanieczyszczenia i odpowiada potrzebom rolnictwa.

Gerson z Hamburga mówił o nowym, łatwym i tanim a dokładniejszym od dotychczasowych sposobie przesączania wody celem jéj oczyszczenia. Sposób ten polega na podwójném przepuszczaniu: raz przez sączki, w których znajdują się gąbki napojone nierozpuszczającemi się w wodzie solami żelezistemi i kawałkami stósownie przygotowanego pomeksu; drugi raz przez sączki z krzemieniem, pomeksem, pewnym rodzajem rudy żelaznéj, piaskiem, lub w jego zastępstwie szkłem tłuczoném. Zaletami tego nowego sposobu są między innemi przenośność przyrządów, szybkość ich działania i możność używania ich wszędzie bez względu na rodzaj wody.

Hessing okazał tornister nowego systemu, w którym ciężar z ramion przeniósł na brzeg miednicy. Czy w ten sposób uwalniając od ucisku klatkę piersiową nie będzie się przeszkadzać oddychaniu brzusznemu, musi rozstrzygnąć doświadczenie.

Wieczorem tego dnia odbył się uroczysty bankiet z udziałem kobiet, ogniami sztucznemi i tańcami. Szkoda tylko, że nie było na nim dostatecznego ładu i porządku.

14. września odbyło się drugie ogólne posiedzenie Zjazdu. Wybrano naprzód Baden-Baden na Zjazd w roku przyszłym, któremu przekazano także wniosek względem niedopuszczenia kobiet do udziału w zebraniu, poczém prof. Aeby z Berna miał odczyt o stosunku mikrocefalii do atawizmu. Atawizmem nazwał prelegent powrót pokolenia późniejszego, którego poprzednicy z jakiegokolwiekbądź powodu nabyli przymiotów odmiennych od swych przodków, do przymiotów tychże właśnie pradziadów. Atawizm polega zatém na ukrytéj dziedziczności, za pośrednictwem któréj niektóre przymioty rodziców nie pojawiając się na ich dzieciach, ukazują się na nowo w ich wnukach lub prawnukach. Przy téj sposobności rozwiódł się Aeby dosyć obszernie nad właściwém znaczeniem mikrocefalii, porównał mózg w tym stanie z mózgiem małpim i wykazał, że dla znacznéj różnicy,

jaka istnieje między mózgiem człowieka zdrowego a mózgiem małpim, mikrocefalija nie stanowi żadnego przejścia między jednym a drugim, że występuje w każdym prawie przypadku inaczéj a tém samem nie stanowi osobnego (prawidłowego) rodzaju, lecz jest tylko tworem chorobowym, którego nie można wcale używać a raczéj nadużywać do wywodzenia pokrewieństwa między człowiekiem a małpą. Po świetnym tym odczycie, w którym głębokość i gruntowność poglądów ubiegały się o palmę pierwszeństwa ze zewnętrzną jego formą, nastąpił nie mniéj zajmujący wykład profesora de Barego ze Strasburga o symbiozie u roślin czyli wspólném życiu odrębnych od siebie gatunków. Wykładu tego przedstawiającego nawet dla lekarza bardzo wiele zajęcia streszczać tu nie możemy. Za to wypadnie nam nieco obszerniéj zastanowić się nad następującym z kolei odczytem prof. Klebsa z Pragi: „o patologii komórkowéj i chorobach zakaźnych.“ Po obszernym wstępie, w którym występując przeciw Virchowowi za jego twierdzenie o potrzebie ograniczenia wolności wykładania wszelkich przypuszczeń kruszy ostatecznie kopiję w obronie tego znakomitego badacza przeciw niestósownym napaściom Haeckla, przychodzi prelegent ostatecznie do zdania, że w obec chorób zakaźnych teoryja komórkowopatologiczna nie wystarcza, że w obec niezliczonych a niewątpliwych faktów twierdzenie o pasorzytnéj naturze tworów będących powodem przerzeczonych chorób ma uprawnione stanowisko w umiejętności. Patologija komórkowa okazała się w obec tych chorób niepłodną pod względem terapeutycznym, bo usiłowała zwalczać przypady nie troszcząc się o ich przyczynę, gdy teoryja pasorzytna jednym prawie zamachem wpłynęła stanowczo i skutecznie na terapiję, jak tego najlepszy mamy przykład na zboczeniach chorobowych towarzyszących zranieniom. W chorobach zakaźnych chodzić będzie coraz więcéj o to, żeby nie tylko zapobiegać rozmnażaniu się grzybków, lecz nadto w ciągu całego cierpienia występować przeciw nim energicznie.

Na odczycie tym hucznemi oklaskami przyjętym zakończono posiedzenie. Popołudniu dnia tego odbył się wielki festyn w parku królewskim z koncertem i rzęsistą iluminacyją, która czarowny wśród pogodnéj nocy przedstawiała widok.

Niedzielę 15 września poświęcono na wspólne wycieczki do miejsc odleglejszych, jak Marburga, Gietyngi Wildungen i Nauheimu, do czego dano gratisowy pociąg Zdający sprawę wybrał Nauheim, prześliczne miejsce kąpielowe z cieplemi do 26° R. szczawami słonemi zawierającem nadto chlorek wapniu i bromek magnu i wszelkiemi a zbytkownemi urządzeniami tak dla leczenia jak i wygody chorych.

W poniedziałek 16 września odbywały się znów posiedzenia sekcyjne.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 17 października. Redakcyja „Medycyny“ w Warszawie razem z ostatnim numerem rozesłała prospekt na „Rocznik medycyny polskiéj“. Rocznik ten, który w ciągu kilku tygodni będzie ukończonym, obejmuje 3 działy: 1) dział kalendarzowy, który stanowi dziennik przeznaczony na zapiski osobne na każdy dzień; 2) dział informacyjny (wagi, dawki i wykazy najnowszych leków, spis zdrojowisk, kąpieli morskich, stacyj klimatycznych, skład służby lekarskiéj w król. Polskiém itd.; 3) dział naukowy czyli dokładny przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego od 1 lipca 1877 do 1 lipca 1878 r.; a w dodatku mieścić się będzie treściwy opis sposobu badania siły wzroku i badania moczu przy łóżku chorego. Cena rocznika w oprawie z ołówkiem jest nadzwyczaj skromną wynosi bowiem tylko 1 rs, a nadsyłający rubla pod adresem Redakcyi „Medycyny“ kosztów przesłania pocztą nie ponosi.

Mamy więc zapowiedziany kalendarz lekarski polski, nader korzystnie różniący się od podobnych wydawnictw niemieckich pod tym względem, że obejmie i przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego, a więc i dział naukowy, który dla każdego lekarza, a tém bardziéj dla zamieszkałego zdala od ognisk naukowych, jest nadzwyczaj ważny, o ile ułatwi mu pogląd na prace naukowe wyszłe w roku ubiegłym. Myśl wydawania podobnego kalendarza uznać musimy za bardzo szczęśliwą i dlatego pospieszamy z podaniem o nim wiadomości szczegółowéj, aby szan. czytelnicy nie zaopatrzyli się tymczasem w kalendarze niemieckie i tuszymy sobie, że zechcą poprzeć wydawnictwo krajowe, nastręczające im korzyści tak znaczne.

Przegląd naukowy podzielony będzie na pewne gromady, obejmujące kilka blisko z sobą spokrewnionych gałęzi; sprawozdawcami zaś będą Drowie Dunin, Fritsche, Klink, Kośmiński, Modrzejewski, Nawrocki i Rogowicz, a więc lekarze w piśmiennictwie naszém zaszczytnie znani.

Redakcyja zapowiada „że przegląd będzie pod każdym względem dokładniejszym od wszelkich sprawozdań o naszém piśmiennictwie, w niektórych czasopismach niemieckich od niedawnego czasu zamieszczanych“. Jakkolwiek w słowach tych widzimy aluzyję do czynności komisyi sprawozdawczéj naszego Towarzystwa lekarskiego, to jednak nie myślimy spierać się z Redakcyją; albowiem jak z jednéj strony przyznajemy i rok rocznie w komisyi powtarzamy, że sprawozdania do roczników Virchowa i Hirscha wiele jeszcze pozostawiają do życzenia, to z drugiéj nie możemy lekceważyć trudu podjętego przez naszych sprawozdawców całkiem bezinteresownie li tylko celem służenia dobréj sprawie. W interesie téj sprawy pragniemy żywo, aby koledzy nasi warszawscy byli szczęśliwszymi od nas. Jednak pomimo, że zadanie ich jest nierównie łatwiejsze od naszego, bo nietylko, że będą zdawać sprawę z prac polskich po polsku, ale i przyjmowanie lub odrzucanie sprawozdań tylko od nich zależeć będzie, a nie od redakcyi berlińskiéj, nie możemy pozbyć się obawy, że przegląd naukowy nie będzie wolny od zarzutów, jakie słusznie albo czasem i niesłusznie podnoszą przeciw naszym sprawozdaniom niemieckim. Wszak Redakcyja zarzuty te już przewiduje, skoro z góry usprawiedliwia się, że „w tego rodzaju pracy zbiorowéj pewne usterki są nieuniknione“. Zastrzeżenie to, na które bezwzględnie się zgadzamy, usprawiedliwia dostatecznie naszych sprawozdawców a niezawodnie usprawiedliwi i sprawozdawców warszawskich!

* Na 17ém posiedzeniu Sejmu odbytém w d. 11 bm. przyjęto wniosek komisyi pod względem budowy domu administracyjnego przy zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie. Następnie przeznaczono na rekonstrukcyję drogi wiodącéj od rogatki gródeckiéj we Lwowie do Kulparkowa kredyt w wysokości 9825 zła 17 ct, na rozszerzenie łazienek w tymże zakładzie 3972 zła. a na postawienie budynku gospodarskiego dla szpitala powszechnego we Lwowie 8217 zła.

Znacznéj, a dla lekarzy nader korzystnéj zmiany doznał na témże posiedzeniu wniosek Wydziału krajowego o uzupełnieniu etatu posad i płac w zakładzie Kulparkowskim (do L. 21,360 p. Nr. 37 Przegl. Lek.) Albowiem Sejm na wniosek komisyi przyjął ustęp według którego na przyszłość będzie „Czterech lekarzy Drów medycyny, a to: dwóch prymaryjuszów pełniących służbę lekarzy ordynujących, a dwóch sekundaryjuszów, a co ważniejsza ustanowił dla lekarzy płacę nierównie wyższą, albowiem prymaryjusze pobierać będą płacy po 1500 zła. z dodatkiem pięcioletnim po 200 zła. (z wiktem, pomieszkaniem i opałem), sekundaryjusze zaś płacy po 1000 zła. z dodatkiem 5-letnim po 150 zła. (oraz wiktem, pomieszkaniem i opałem). Przyznać należy, że Sejm uwzględnił trudne i wyjątkowe położenie lekarzy, piastujących lub piastować mających posady w Kulparkowie, i okazał się hojnym w ich uposażeniu; zgodziwszy się następnie na wszelkie wnioski odnoszące się do tego zakładu (bo wzmocnił i siły administracyjne) dowiódł, że

czyni wszystko, co tylko w jego jest mocy, aby zakładowi, który już tyle kosztował, nie dać upaść. Zadaniem dyrektora i lekarzy zakładowych teraz będzie dowieść ze swéj strony krajowi, że przejęci są ważnością swojego zadania i wielką odpowiedzialnością moralną, która na nich ciąży nie tylko w obec rodaków ale i w obec zagranicy, dla któréj zajścia kulparkowskie nie są już tajemnicą.

Ubolewać należy, że Sejm nie okazał się również hojnym dla zakładów dla głuchoniemych i ciemnych, odrzuciwszy wnioski odnośne Wydziału krajowego.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 39 (od 22 do 28 września włącznie) umarło w Krakowie razem osób 35, męż. 21 i kob. 14; 23 osób w obwodach i 12 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 32,5.

* **Wiedeń**. Właściciel zdrojowiska Giesshüblu p. Henryk Mattoni darował 10,000 flaszek wody giesshübelskiéj dla armii austryjackiéj. Ministerstwo wojny rozdzieliło takowe pomiędzy szpitale wojskowe we Wiedniu, Budapeszcie, Bernie, Ołumuńcu, Gracu, Lublanie, Tryjeście i Zagrzebiu.

* **Mianowania i odznaczenia.** Wydział lekarski w Bernie szwajc. ofiarował katedrę kliniki lekarskiéj jednogłośnie prof. Lichtheimowi w Jenie, stawiając na 2giém miejscu Dra Ewalda z Berlina. — Dr. Maurycy Liebmann potwierdzony został jako docent operacyj położniczych w Budapeszcie.

* **Wiadomości osobowe.** Drowie Radek i Dembowski, sekundaryjusze w oddziale chirurgicznym św. Łazarza i członkowie Towarzystwa lek., opuszczają temi dniami Kraków, przenosząc się pierwszy na posadę lekarza powiatowego w Nadworny, drugi na posadę asystenta w Chrzanowie. Obaj kształcili się pod okiem prymaryjusza Obalińskiego przez lat kilka, obaj należą do zdolniejszych lekarzy młodszych, i odznaczają się gorliwością w pełnieniu obowiązków, skromnością i taktem koleżeńskim.

Dr. Orest Litwinowicz ze Lwowa otrzymał w d. 8 b. m. na Uniw. Jagiell. stopień Magistra położnictwa.

Współpracownikowi naszemu Dr. Alfredowi Laskiewiczowi-Friedensfeld oraz doktorandowi medycyny Józefowi Łazarskiemu Wydział lekarski we Wiedniu przedłużył stypendyja, jako demonstratorom w zakładzie fizyjologiczno-histologicznym prof. Brückego.

* **Nekrologija** Dn. 21 września umarł w mieście Barnes (Surrey) w Anglii Dr. Robert Willis licząc lat 80. Zmarły był przez długi czas bibliotekarzem król. kolegijum chirurgów w Londynie, późniéj praktykował w Barnes i był redaktorem czasopisma „*London medical Gazette.*“ Napisał kilka dzieł chirurgicznych i historyczno-lekarskich oraz dzieło filozoficzne o Spinozie, tłumaczył dzieło Rayera o chorobach skórnych i Natana Lessingowskiego na język angielski oraz napisał dużo rozpraw innych.— W Maryjenbadzie † 9 bm. Dr. Henryk Fryderyk Germann, prof. nadzw. ginekologii w uniw. lipskim, licząc lat 58.

* **Konkursy**. 1) Celem obsadzenia posady c. k. koncepisty sanitarnego przy Namiestnictwie lwowskiém w randze 10 klasy, rozpisuje się konkurs do 10 listopada rb. Ubiegający się winni wnieść podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi w myśl ustawy z d. 21 marca 1873 r. l. 37 dz. u. p. tudzież znajomości języków krajowych przez c. k. Starostwo a względnie Dyrekcyję policyi swego miejsca zamieszkania do C. k. Prezydyjum Namiestnictwa. (*Gazeta Lwowska* z d. 15 października 1878.)

2) Na posadę sekundaryjusza we Lwowie, p. Ogłoszenia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 23 października rb. o godzinie 5téj po południu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. prof. Korczyński zda sprawę z doświadczeń swych nad chlorkiem pilokarpinu, 2) kol. Lutostański mówić będzie o zadaniu i celu obecnéj antropologii, 3) nakoniec przyjdzie do załatwienia kilka ważniejszych spraw administracyjnych.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. L. we Wiedniu: Otrzymaliśmy wszystko w porządku.— **Szanownych kolegów** życzących sobie bliższéj wiadomości o miejscu odpowiedniém do praktyki ponownie odsyłamy do treści inseratu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 7669 / pr.

OGŁOSZENIE.

W myśl rozporządzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 września 1875 r. odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy przepisane rozporządzeniem wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 marca 1873 r. (dz. u. p. L. 37) w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy urzędach administracyjnych w drugiéj połowie listopada b. r. a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do końca października b. r. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwa i zaopatrzone w dowody wymagane §. 7. względnie 17 powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.
We Lwowie dnia 15 października 1878.

L. 532.

Konkurs.

Na mocy uchwały Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 3 października 1878 L. 48337, rozpisuje się konkurs na posadę Sekundaryjusza przy oddziale położniczym szpitala powszechnego we Lwowie.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa kompetentowi, który wykaże się dyplomami Doktora Medycyny i Magistra położnictwa lub też dyplomem Doktora wszech nauk lekarskich, uzyskanym na jednéj z Wszechnic Państwa Austryjackiego.

Z posadą tą złączoną jest płaca o rocznych 600 złr. w. a. i wolne, opalone mieszkanie w szpitalu.

Ubiegający się o posadę powyższą w podaniach swych winni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia,
2) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych,
3) Stosunki pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami w służbie krajowéj zostającemi.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia 10go Listopada 1878 do Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

Dyrektor szpitala powszechnego
We Lwowie 12go października 1878.

Dr. Opolski
Zastępca dyrektora.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 26 października 1878. № 43. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj.

Skréślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,

Asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42.)

Jako ilustracyję do słów powyższych niech mi wolno będzie przytoczyć kilka historyj chorób:

4) Józef D., lat 19, z Krakowa, czeladnik kominiarski, przybył 11 stycznia 1878 do kliniki prof. Rosnera w ostrym okresie wiewióra, którego początek datuje się blisko od dwóch tygodni. Ujście cewki obrzmiałe w stopniu miernym, sekrecyja ropna, gęsta, żółta, obok tego chory uskarża się na częste parcie na mocz (co 2 godziny w dzień, w nocy 3—4 razy), a przy końcu moczenia miała się nawet w dniach ostatnich krew pokazywać. Choremu dobrze zbudowanemu i odżywionemu zalecono do wstrzykiwań: kali hypermanganicum 0,01 : 70 aq. 4 razy dziennie. Już po dwudniowém wstrzykiwaniu parcie ustąpiło, a z cewki dała się wycisnąć zaledwie skąpa ilość wydzieliny kataralnéj. Spotęgowano rozczyn leku kali hypermanganici 0,01 : 60 aq. 2 razy dziennie. 16 stycznia, a więc 5 dnia po przybyciu chorego, dała się zaledwie mała kropla cieczy śluzowéj wycisnąć. Zalecono wstrzykiwania tylko raz dziennie. Gdy jednak po 2 dniach kropelka śluzowa jeszcze ciągle się zatrzymywała, zalecono 18 stycznia do wstrzykiwań 3 razy dziennie Plumbum acetic. bas. sol. 1 : 150 aq., poczém w 3 dniach tj. 21 stycznia, a w dziesięć dni po przybyciu do kliniki chory wyleczony mógł opuścić nasz zakład.

5) Jakób S. z Olszanicy, lat 24, wyrobnik, przybył dnia 14 stycznia 1878 do kliniki naszéj, gdzie rozpoznano: *Blenorrhoea urethrae acuta cum oedemate praeputii, lymphangoitide nec non adenitide dextra.* Dotknięty po raz pierwszy cierpieniem weneryczném, które datuje się od dwóch tygodni; w 8 dni po nabawieniu się wiewióra przystąpiło obrzmienie napletka. U mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego wydobywa się z cewki przy ujściu obrzmiałéj ropa gęsta, żółta, w ilości znacznéj, napletek szczególniéj koło wędzidełka mocno obrzmiały, na grzbiecie prącia można wyczuć sznurek obrzmiałych naczyń limfatycznych. W pachwinie prawéj gruczoł obrzmiały do wielkości małego jaja gołębiego, miękki i za uciskiem bolesny. Zalecono do wstrzykiwań 4 razy dziennie kali hypermanganici 0,01 : 70 aq. Już w 3 dniu leczenia wypływa z cewki tylko skąpa ilość sekrecyi kataralnéj, skutkiem czego wzmocniono rozczyn do 0,01 : 60 aq. Gdy jednak chory uskarżał się dnia następnego na pieczenie w cewce przy wstrzykiwaniach, przeto 19 stycznia wrócono znów do rozczynu pierwotnego (0,01 : 70 aq.) i polecono wstrzykiwać choremu 3 razy dziennie. W ósmym dniu leczenia zdołano zaledwie z głębi cewki wycisnąć maleńką kropelkę czysto śluzową i celem jéj usunięcia zalecono plumbum acet. basic. sol. 1 : 150 aq. c. aq. laurocerasi 3,00 do wstrzykiwań 3 razy dziennie. W dwa dni późniéj tj. 24 stycznia już się nie dało nic z cewki wycisnąć, a lubo chory jeszcze dla kontroli został przez cały tydzień w klinice naszéj, nie zdołano ani razu już skonstatować powrotu cierpienia chociażby w stopniu jak najmniejszym.

6) Karol C. z Krakowa, lat 43, stolarz, przybył 6 grudnia 1877 do kliniki naszéj z obfitą sekrecyją ropną, gęstą, wydobywającą się z cewki, któréj ujście było obrzmiałe. Zalecono choremu kali hypermanganici 0,01 : 50 aq. 4 razy dziennie do wstrzykiwań. W 5 dniu leczenia ujście cewki nie było obrzmiałe, a sekrecyja okazała się wcale skąpą w postaci kropli żółtawo-białéj, a więc już kataralnéj. Wzmocniono rozczyn kali hypermang. do 0,01 : 40 aq. i polecono wstrzykiwać 3 razy dziennie. We dwa dni późniéj a 7 dnia leczenia okazała się sekrecyja czysto śluzową w ilości jednéj kropli z rana. Celem szybkiego usunięcia wydzieliny śluzowéj spróbowano założyć czopek z taninu (½ grm. tannini c. gly-

cerino), lecz skutkiem tego nastąpiła eksacerbacyja cierpienia, tak że znów poczęła wypływać wydzielina ropna, gęsta. Przeciw temu pogorszeniu się zalecono napowrót wstrzykiwania z kali hypermangan. 0,01 : 40 aq. 3 razy dziennie. Już nazajutrz sekrecyja była kataralna, skąpa, a po 2 dniach wycisnąć się dała zaledwie kropelka czystego śluzu. Z powodu sprawy sądowéj chory opuścić musiał na wyleczeniu nasz zakład z poleceniem jednak, aby kuracyi w domu dokończył wstrzykując zincum sulfuricum 0,50 : 200 aq. c. tra laud. liq. Sydenh. 2,00 3 razy dziennie.

I w przytoczonych właśnie przypadkach okazało się użycie nadmanganezianu potasowego bardzo zbawiennêm, usunęło bowiem nadzwyczaj szybko nieprzyjemne przypady towarzyszące okresowi ostremu wiewióra, jak ból piekący przy oddawaniu moczu, naprężenie prącia, a nawet i w jednym przypadku lekkie zadrażnienie szyjki pęcherza objawiające się parciem na mocz, nadto lek ten zapanowawszy nad zapaleniem wiewiórowém i ograniczywszy sprawę zapalną przyczynił się do stosunkowo bardzo szybkiego wyleczenia choroby. Z tych przypadków również możemy wnioskować, że energiczne działanie nadmanganezianu potasowego głównie się uwydatnia w okresie wydzieliny ropnéj zmieniając ją szybko na wydzielinę śluzową, podczas gdy w okresie ostatnim używanie nawet spotęgowanych rozczynów leku tego nie zawsze doprowadza do zupełnego wyleczenia cierpienia, ustępując pierwszeństwa lekom ściągającym.

Nie zawsze jednak przebieg choroby leczonéj nadmanganezianem potasowym bywa tak pomyślnym i kończy się tak szybko, jak w powyżéj skreślonych sześciu przypadkach chorobowych; niejednokrotnie, zwłaszcza w praktyce prywatnéj, gdzie chorzy nie wypełniają, a nieraz nawet wypełnić nie mogą ścisłych przepisów dyjetetycznych, choroba się przewleka i wymaga obok różnych środków ściągających także balsamu kopaiwowego, proszku kubebianego itd.

Mniéj korzystny wpływ leku powyższego zauważyć można szczególniéj w przypadkach z początku zaniedbanych lub nieodpowiednio leczonych, lub też jeżeli już kilka tygodni minęło od wywiązania się choroby i cierpienie zajęło większą przestrzeń błony śluzowéj cewki moczowéj, tak, że przestrzykiwania nadmanganezianem potasowym nie mogą zadziałać na całą jéj powierzchnię chorobowo dotkniętą, skutkiem czego cierpienie swobodnie daléj się posuwa i rozwija. Zapatrywania te poprzeć mogę następującą historyją choroby wybraną z pomiędzy kilku innych.

7) Walenty W. ze Zeplina, 25-letni wyrobnik, zgłosił się w dniu 21 listopada 1877 do kliniki naszéj z rzeżączką datującą się już od 3 tygodni; przedtém nie przebył żadnéj choroby wenerycznéj. Budowa i odżywienie chorego dobre; z ujścia cewki moczowéj nieobrzmiałego wydobywa się znaczna ilość ropy, oddawaniu moczu towarzyszy ból piekący, a w nocy chory doznaje bolesnych naprężeń członka. Zalecono choremu wstrzykiwania 3 razy dziennie ex kalio hypermang. 0,01 : 50 aq. Po 2 dniach już zmniejszyła się ilość wydzieliny ropnéj, jednakowoż erekcyje nie ustąpiły, skutkiem czego zapisano choremu czopki z kamforą po 1 na noc. (Rp. *Camphorae trit. 0,15, Butyr. Cacao 1.50 f. l. a. suppositor.*), a do wstrzykiwań zalecono rozczyn mocniejszy (Rp. *Kalii hypermangan. 0,01 : 40 aq.*). Już po 3 dniach leczenia, bo 24 listopada, zmieniła wydzielina swój charakter, stając się więcéj śluzową, skąpą, a 27 t. m. wydzielała się tylko kropla białéj cieczy śluzowéj. Ponieważ jednak jeszcze 29 t. m. stan cierpienia utrzymywał się w tym samym stopniu, przeto nie spodziewając się już lepszych skutków po nadmanganezianie potasowym postanowiono wstrzykiwać 3 razy dziennie Cupri sulfur. 0,20 : 120 aq. c. aq. amygd. amar. 2,00. Lecz już po trzechkrotném wstrzyknięciu tego rozczynu wydzielina przybrała cechę więcéj ropną, skutkiem czego trzeba było porzucić wstrzykiwania z siarkanu miedziowego i wrócić do dawniejszego rozczynu tj. kali hypermang. 0,01 : 40 aq. Mimo wstrzykiwań robionych energicznie przez tydzień cały cierpienie nie ustąpiło, co więcéj nawet wystąpiło mierne parcie na mocz, tak, iż wstrzykiwań zaprzestano, a parcie usunięto w przeciągu 3 dni za pomocą wstrzykiwań podskórnych morfinu robionych 2 razy dziennie (po 0,01). 12 grudnia zalecono balsam kopaiwiany 3 razy dziennie po 15 kropli, gdyż wydzielina śluzowo-ropna ciągle się w ilości skąpéj pokazywała, a w 5 dni późniéj zalecono jeszcze dodatkowo wstrzykiwania ex sulfat. chinin. 0,20 : 300,00, 4 razy dziennie. 20 grudnia usunięto balsam kopaiwiany pozostając przy samych tylko wstrzykiwaniach; balsamu wyżył chory 30 grm. 26 grudnia wydobywał się zaledwie ślad wydzieliny kataralnéj, którą ostatecznie usunięto za pomocą zasypywań c. magisterio bismuthi 1 : 40 pulver. plumosi, używając w tym celu endoskopu i odpowiedniego narzędzia do wdmuchiwania.

Kończąc moje sprawozdanie o działaniu terapeutyczném nadmanganezianu potasowego nie mogę żadną miarą pominąć jednéj jego strony ujemnéj, któréj jednak z łatwością uniknąć możemy kierując się ostrożnością szczególniéj w pierwszych dniach zastósowania tego leku posiadającego zresztą niezaprzeczenie nader korzystne własności. Ujemną tę stronę stanowi łatwość zadrażnienia t. zwanéj szyjki pęcherza, skutkiem czego może nastąpić zatrzymanie moczu, jak to się nam wydarzyło u 17-letniego Leona G., który przybył do kliniki 12 grudnia 1876 r. z *Blenorrhoea urethrae acuta et adenit. inguinal. dextra* datującą się od 2 tygodni. Zalecono mu do wstrzykiwań kali hypermangan. 0,01 : 50 aq. 4 razy dziennie, a już dnia następnego nastąpiło zatrzymanie moczu tak, że trzeba było użyć podatnego cewnika Nélatona i podskórnych wstrzykiwań morfinu, aby nieprzyjemne to powikłanie usunąć. Po 2 dniach energicznego zastósowania terapii przypad ten ustąpił, a dalszy przebieg cierpienia przy użyciu proszków kubebianych (10,00 dziennie) i wstrzykiwań ściągających nie przedstawił już żadnego zboczenia od zwykłego toru, tak że chory po 7 tygodniowém leczeniu mógł opuścić zakład nasz wyleczony.

Przypisując przypad zatrzymania moczu indywidualnéj drażliwości chorego i zbyt może, jak na raz pierwszy, dla tego chorego silnemu rozczynowi nadmanganezianu potasowego (0,01 : 50 aq.), byłem w codziennéj praktyce prywatnéj nadzwyczaj ostrożny z zalecaniem tego skutecznego środka i poczynałem zazwyczaj od 0,01 kali hyperm. na 100 wody, schodząc na dół do 50 aq., a w niektórych przypadkach z zapaleniem bardzo wygórowaném i pokazywaniem się kropelek krwi zapisywałem mym pacyjentom nawet nadzwyczaj słaby rozczyn 0,01 : 120 aq. polecając tylko przestrzykiwać ostrożnie cewkę i nie zatrzymywać wcale płynu wewnątrz. To też dzięki tym ostrożnościom nie miałem ani jednego przypadku z tém nieprzyjemném powikłaniem, a chorzy w ogóle byli zadzwyczaj zadowoleni z szybkiéj ulgi, jakiéj doznawali przy używaniu tego środka. Wprawdzie w ciągu $1\frac{1}{2}$ letniego używania tego leku nie mogłem zawsze poszczycić się tak świetnemi wynikami terapeutycznemi, jak tego przykłady na wstępie méj rozprawki przytoczyłem, ale

też nie doznałem i przykrych rozczarowań, skutkiem czego środek ten zapisuję chętnie zawsze, ile razy zgłosi się do mnie chory w ostrym okresie wiewióra. Już w pierwszym tygodniu leczenia ustępuje ból przy moczeniu i naprężeniu prącia, a wydzielina przyjmuje charakter więcej śluzowy; jeżeli wydzielina śluzowa szybko nie ustępuje zupełnie, przechodzę do zwykłych środków ściągających, a jeżeli cierpienie mimo to czasami się przewleka, zalecam balsam kopaiwiany w większych dawkach, czopki z kwasu garbnikowego lub zasypywania z pomocą endoskopu.

Na podstawie więc doświadczenia prof. Rosnera i mojego, popartego przytoczonemi spostrzeżeniami klinicznemi polecić mogę lek tak dawno znany w skarbcu środków lekarskich w têm przekonaniu, że przy uwzględnieniu wskazań powyżej obszernie omówionych nadmanganezian potasowy zasługuje na pierwszeństwo przed innemi lekami, zwłaszcza w okresie ostrym rzeżączki; gdyby nawet nie posiadał żadnéj innéj wartości terapeutycznéj, jak tylko, że skraca znacznie pierwszy okres tj. ostro-zapalny w przebiegu wiewióra, a tym sposobem usuwa także szybko przykre przypady okres ten cechujące, to już z tych względów zasługuje na gorące i zupełnie usprawiedliwione poparcie na polu terapii téj choroby wenerycznéj, któréj zupełne wyleczenie lekarzowi nawet bardzo doświadczonemu częstokroć nie mało czyni trudności.

II. Rozprawy Sejmowe nad statutem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Dzięki uprzejmości posła krakowskiego prof. Zatorskiego otrzymaliśmy korektę zapisków stenograficznych z 13go posiedzenia Sejmu z d. 7 b. m. i r.; możemy więc zapoznać szan. Czytelników naszych z rozprawami nad statutem szpitala św. Łazarza nierównie wcześniéj, aniżeli zapiski stenograficzne ukażą się w druku. Podajemy przemówienia posłów dosłownie, opuszczając tylko te, które były mniéj ważnemi. Ponieważ w rozprawach tych dotknięto i kwestyj zasadniczych, chętnie przyjmiemy i umieścimy uwagi kolegów bliżéj z przedmiotem obeznanych.

I. Rozprawa ogólna.

P. rektor Szujski: Ustawa przez Komisyję proponowana dotyka we wielu paragrafach stosunku szpitala krajowego św. Łazarza w Krakowie do wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagielońskiego. To skłania mię do zabrania głosu w téj sprawie i do zapowiedzenia kilku poprawek, które wszakże nie ja, ale fachowy w téj mierze poseł krakowski, profesor wieloletni uniwersytetu, Dr. Majer, wnosić będzie. Skoro jednak jestem przy głosie, nie mogę pominąć sprawy, która bardzo blisko ze statutem dziś nam przedstawionym się wiąże. Jestto sprawa bliższego lub dalszego stosunku klinik lekarskich do szpitala. W ogóle jak nauka każda, tak też i nauka lekarska we wszystkich swoich odcieniach praktycznych zależną jest w wysokim stopniu od materyjału, jaki ma pod ręką. Skuteczność wykładu, postęp nauki, gorliwość samych uczniów zależą od tego, jak wielki jest materyjał, który się ma przed sobą, na jak wielu okazach teoretyczne prawdy naukowe pokazać i stwierdzić można. W części tylko i w części bardzo małéj, niedostatecznéj, téj koniecznéj potrzebie naukowéj zadość czynią zakłady kliniczne. W części powiadam, i dlatego na całym Zachodzie coraz bardziéj przeważać zaczyna zapatrywanie i wchodzić w praktykę, by nie małe drobne, umyślnie urządzane kliniki, ale szpitale same zużytkować jako materyjał naukowy z zachowaniem wszakże i przestrzeganiem interesu najwyższego, interesu humanitarnego. Na to przytoczę kilka przykładów. W Paryżu ta zasada tak dalece zwyciężyła, że obok małéj istniejącéj kliniki dla wyjątkowych przypadków, szpitale tamtejsze postawione są pod wyłączne kierownictwo profesorów uniwersytetu, aby bogaty materyjał mógł być zarazem dla nauki spotrzebowanym. Naturalnie administracyja jest odłączoną. Profesor ma tylko obowiązek kierownictwa naukowego.

W saméj Austryi, nie mówię o Wiedniu, gdzie szpital jest rządowy, nigdzie przy uniwersytetach nie ma osobnych klinik, są one połączone z szpitalami. Tylko w jednym Krakowie istnieje jeszcze klinika, która dostarcza materyjału naukowego, oczywiście w niedostateczny sposób, i w Krakowie też ścisły związek między szpitalem a wydziałem lekarskim oznaczony nie został. Wszakże już i w Krakowie stało się niejedno dla téj zasady przyjętéj na Zachodzie. Ustawa przedstawiona nam zastrzega profesorom wolny wstęp do szpitalu, łączy klinikę ginekologiczną i chorób skórnych z zasobami naukowemi szpitala. Znajdziecie nawet przypadek, że profesor uniwersytetu a mianowicie ginekologii jest prymaryjuszem odnośnego oddziału. Wszystko to jednak nie wystarczy i jestem tutaj tylko wyrazem powszechnéj opinii profesorów właśnie wydziału lekarskiego, jeżeli mówię, że jedną z głównych przeszkód w dalszym rozwoju fakultetu, który bądź co bądź znaczne w obec kraju położył zasługi, który mimo trudności bardzo świetnemi przysłużył się krajowi siłami, jest właśnie anormalny i nigdzie w Austryi nie znachodzący się stan. Wiem, że w ciągu tego roku rozpoczęte właśnie zostały rokowania między wysokim Rządem, Wydziałem krajowym i Wydziałem lekarskim celem przygotowania bezpośredniego, bliższego połączenia kliniki uniwersyteckiéj ze szpitalem św. Łazarza. Muszę tu wyrazić moje zaufanie, że ta sprawa dla dobra nauki i według mego przekonania dla dobra samego kraju w krótkim czasie pomyślnie zostanie załatwioną. Ufność moja jest têm większą, że właśnie referentem szpitalnym w Wydziale krajowym jest fachowy lekarz. Prócz względów, o których mówiłem, przemawia za têm tak w obec interesu kraju i Rządu, wzgląd oszczędności, wzgląd tak w państwie całém, jak i w kraju naszym niewątpliwie ważny. Jest rzeczą pewną i polegam tu na cyfrach doświadczonych, że w razie, gdyby utrzymanie klinicznych chorych oddane zostało administracyi krajowéj, to rząd, który płaci 1 zł. 70 ct. dziennie od utrzymania jednego chorego, płaciłby tyle tylko, ile kosztuje utrzymanie chorego w szpitalach krajowych, tj. 1 zł. 7 ct. Jestto znaczna oszczędność, gdyby z czasem, nie mówię o teraźniejszości, lecz zakreślam to jako dążenie przyszłości, zwyciężyła zasada, że interes humanitarny na têm najlepiéj wyjdzie, jeżeli administracyja będzie odłączoną od naukowego kierownictwa, tj. że posady lekarskie będą oddane profesorom, uczyni to funduszowi znaczne oszczędności, gdyż profesorowie nie potrzebowaliby takiego uposażenia, jakiego dziś wymaga lekarska obsługa szpitala. Co do formalnego traktowania téj sprawy, zdaje mi się, że może najpraktyczniéj byłoby dla oszczędzenia czasu, ażeby tylko te paragrafy, do których właśnie poprawki zostały uchwalone, były wzięte pod specyjalną obradę, aby zaś resztę paragrafów, do których poprawek nikt nie stawia, ryczałtowo były uchwalone.

P. Haller: Poseł Szujski przytoczył względy, z któremi się liczyć potrzeba, na poparcie swego zdania, że szpital powinien być przyłączony do kliniki, że profesorowie uniwersytetu powinni być prymaryjuszami w tym szpitalu. Na dowód przytoczył, że tak się dzieje na Zachodzie. Wiemy, że się tak dzieje i tak jest lepiéj niezawodnie, ale trzeba zważyć, panowie, że tam nie ma dualizmu w administracyi, który zapanował u nas. U nas szpitalem rządzi kto inny, a uniwersytetem kto inny; jeżeli profesor uniwersytetu będzie ipso facto prymaryjuszem w szpitalu, wtenczas w części podlegać będzie jako prymaryjusz władzy autonomicznej, tj. Wydziałowi krajowemu, jako profesor zaś ministerstwu oświecenia. Jeżeli Wydział krajowy coś zarządzi, to profesor gdy jest chętny, wykona to, jeżeli przypadkiem niechętny, to będzie się opierał, a wtedy nie ma innej rady, tylko pisać do Wiednia, korespondować długo, prosić i błagać, ażeby może po kilku latach nakazane zostało to, co w téj chwili koniecznie jest potrzebne. A ponieważ nie można przewidzieć, jacy będą profesorowie i nie możemy mieć względu na osoby, gdyż statut układa się na długie lata, dlatego należałoby uważać na wszystko, baczyć na to, że może to być zle, co dziś byłoby dobre. Dlatego niepodobném jest, ażeby to połączenie nastąpiło, têm więcéj, że mamy w tym względzie doświadczenie. We Lwowie stosunek ten istniał dawniéj, profesorowie byli w szpitalu pry-

maryjuszami i Wydział krajowy widział się zmuszony przedłożyć Sejmowi wniosek mianowania innych prymaryjuszów, podzielenia każdego oddziału na dwa, tj. utworzenia osobnéj kliniki dla profesora, a osobnego oddziału dla drugiego prymaryjusza. Było to połączone z wielkiemi kosztami, jednak okazało się koniecznèm. Dopóki szpitalem zawiadywał rząd, dopóty stosunek dawny był dobrym, lecz gdy szpital przeszedł pod zarząd Wydziału krajowego, okazał on się niepodobnym do utrzymania. Obawiam się, aby w danym razie nie nastąpiło to samo w Krakowie, bo nie wiemy, jacy kiedyś będą profesorowie,

P. Dr. Hoszard: Poseł Szujski podniósł stosunek klinik do szpitala w Krakowie, na to muszę mu odpowiedzieć przebiegiem sprawy, która się tego roku toczyła. Przyznaję, że kliniki krakowskie są pomieszczone źle, nieodpowiednio i ciasno, że administracyja klinik krakowskich jest drogą, co już to dowodzi, że jeden dzień leczenia chorego kosztuje 1 zł. 70 do 80 cnt., podczas gdy u nas w szpitalu tylko 1 zł. 7 cnt., nareszcie, że profesorowie klinik skarżą się na brak materyjału do nauki. Otóż te powody skłoniły dyrektorów klinik, dbałych o dobro chorych i instytucyi, że dopominali się u ministerstwa, aby złemu jak najpilniéj zaradziło. Ministerstwo naglone częścią ze względów oszczędności poleciło wysokiemu Namiestnictwu, aby zbadało sprawę i poczyniło odpowiednie wnioski. Ministerstwo wychodziło przedewszystkiém ze względów oszczędności. Jako ilustracyję do tego zapatrywania się ministerstwa mogę przytoczyć liczby wyjęte z przedłożonego Radzie państwa w roku 1878 zamknięcia rachunków za rok 1876. Wydatki na utrzymanie wydziałów lekarskich wynosiły: w Wiedniu 305,130 zł., w Pradze 130,846 zł., w Gracu 89,223 zł., w Insbruku 68,754 zł., w Krakowie 51,362 zł. Jeżeli uwzględnimy liczbę uczniów uczęszczających do poszczególnych uniwersytetów, to się okaże, że w półroczu letniém roku 1876 liczba uczniów wynosiła: w Wiedniu 780, w Pradze 269, w Gracu 44*), w Insbruku 134, w Krakowie 143. Średni wydatek na jednego ucznia wynosił: w Gracu 2,028 zł., w Pradze 709 zł., w Insbruku 513 zł., w Wiedniu 391 zł., w Krakowie 359 zł., a dzieląc wydatki z pominięciem nadzwyczajnych przez liczbę promocyj na doktorów wypada, że jeden promowany kosztuje rocznie: w Pradze 3,029 zł., w Gracu 2,794 zł., w Wiedniu 2,104 zł., w Insbruku 1,809 zł., w Krakowie tylko 1,351 zł. Te liczby wymownie przekonywają, że krakowski uniwersytet a właściwie wydział lekarski tego uniwersytetu jest po macoszemu traktowany przez ministeryjum. Pomimo więc, że wydział lekarski krakowski najmniéj zużywa pieniędzy z funduszów państwowych, Ministeryjum chce zepchnąć o ile się da koszta utrzymania klinik z funduszów państwowych na kraj. My temu w pomoc iść nie możemy. Prezydyjum namiestnictwa zarządziło dla zbadania sprawy komisyję złożoną z reprezentantów Rządu, Wydziału krajowego i dyrektorów klinik krakowskich. Otóż sprawa była w téj komisyi rozbierana gruntownie i przyszliśmy do następującéj konkluzyi. W imieniu Wydziału krajowego (co Wydział krajowy uchwalą Rady przyjął) oświadczyłem, iż uznajemy, że połączenie najściślejsze, a jeżeli to być nie może, najbliższy stosunek między klinikami a szpitalem dla dobra nauki panować powinien. Wydział krajowy nie może jednak nic w téj chwili oddać ze swoich ubikacyj na użytek klinik, ponieważ te zaledwie na nasze szpitalne potrzeby wystarczają. Trzeba bowiem wiedzieć, że przed trzema laty Sejm pozwolił na wystawienie pięciu pawilonów dla chorych, że dotąd 3 tylko pawilony postawiono a fundusze tak są wyczerpane, że o budowie dalszych dwóch pawilonów na długie lata nie może być mowy. Tam więc, gdzie pięć pawilonów było potrzeba, a trzema obchodzić się musimy, naturalnie nie reflektowaliśmy przy budowie na umieszczenie klinik. Gdybyśmy dali na klinikę jeden lub dwa pawilony, to musielibyśmy najmować inne lokale mniéj odpowiedne a do tego za grube pieniądze, albowiem do szpitala według ustawy każdy zgłaszający się chory ma być przyjmowany. A zatem pawilonów oddać nie można, jednakowoż inną propozycyję zrobiliśmy wysokiemu Rządowi, a mianowicie: mamy jeszcze miejsce na dwa pawilony, ale nie mamy funduszu na ich budowę, zaproponowaliśmy, aby wysoki Rząd miejsce to od nas kupił, albo za umiarkowany czynsz we wieczystą dzierżawę objął i na tém miejscu wystawił kliniki. Chodziło Rządowi o to, że administracyja jest drogą. W razie gdy będą kliniki wystawione na naszym gruncie w obejściu szpitala i Wydział krajowy przez zarząd szpitala będzie prowadził administracyję tych klinik, jestem pewny, że administracyja będzie tańszą, a koszt jednego dnia wyniesie jeżeli nie 1 zł. 7 cnt., to najwięcéj 1 zł. 10 cnt. do 1 zł. 20 cnt., co na każdy sposób będzie znaczną oszczędnością dla funduszu państwowego; ale wszystkich kosztów na siebie nie możemy wziąść, bo obciążylibyśmy fundusz krajowy na korzyść funduszu państwowego. Poseł Szujski podniósł sprawę, aby profesorowie kliniki byli równocześnie prymaryjuszami szpitala. I o tém w komisyi traktowano, jednakże przyszliśmy do przekonania, że to na teraz jest niemożebne. Obecnie mamy w Krakowie dwóch profesorów przy szpitalu, jeden profesor położnictwa i ginekologii, ten jest na etacie jako prymaryjusz, więc mimo to, że jest urzędnikiem państwowym jako profesor, jest zarazem urzędnikiem krajowym jako prymaryjusz szpitala, tego zastaliśmy i zatrzymujemy. Drugi profesor chorób skórnych i syfilitycznych nie jest prymaryjuszem, jest tylko u nas na komornèm. Dotąd za darmo, w przyszłości za mierny czynsz odstąpiliśmy dla jego użytku kilka sal na klinikę i salę wykładową. On jest profesorem państwowym, a u nas jedynie lokatorem. Tak długo mógłby być zachowany ten stosunek, jak długo nam miejsca starczy, a ze strony Wydziału krajowego żadnego kroku nie będziemy robili, aby usunąć ten stosunek ze szkodą nauki. O tém możecie panowie być przekonani. Ale aby wszystkich profesorów w ten sam stosunek wprowadzić, co profesora położnictwa, uważam za niewłaściwe. Chodzi profesorom o materyjał naukowy na klinikach. Dotychczas radzimy sobie tak, że profesorom dozwolono obierać ów materyjał ze wszystkich sal szpitalnych, tak i daléj będzie, ale to nie zaradzi złemu stanowczo, dopóki nie będą wybudowane nowe pawilony. Co do tego materyjału, to i w obecnym statucie przyjmuje Wydział krajowy paragraf, który komisyja włożyła, aby o ile się da zaspokoić potrzeby. Gdyby wprowadzano nowacyję, stosunek profesorów do władz państwowych i władz krajowych byłby dwoisty, rzeczywiście byłby to dualizm. Jako profesor byłby Rządowi, a jako prymaryjusz Wydziałowi krajowemu podległy. Nie spodziewam się teraz konfliktów, ale być mogą, a nawet i doświadczenie nas uczy, że konflikta bywały. Aby im na przyszłość zapobiedz, myślę, że lepiéj byłoby takich paragrafów w statucie nie umieszczać, tém bardziéj, że stosunek nie może być jasnym, ani prostym, dopóki kwestyja budowy kliniki nie będzie zadecydowaną. Tyle co do ogólnych uwag. Zastrzegam sobie głos przy specyjalnéj dyskusyi.

Radzca namiestnictwa Dr. Biesiadecki: Imieniem Rządu mam zaszczyt oświadczyć wysokiéj Izbie, że Rząd, wchodząc w układ z Wydziałem krajowym co do umieszczenia kliniki w szpitalu św. Łazarza, nie miał na celu oszczędności, lecz dobro uniwersytetu i wydziału lekarskiego w Krakowie. Przy komisyi, o któréj p. sprawozdawca wspomniał, wyraźnie podniesiono, że Rząd wszystkie nadwyżki, jakieby przez umieszczenie kliniki Wydział krajowy mógł ponosić, zwrócić jest gotów. Rozchodzi się tutaj o interes zakładu, który wszakże jest zakładem krajowym i który na poparcie ze strony władz krajowych również zasługuje. Stosunek jaki zachodzi między kliniką a szpitalem, jest najprzód stosunek osób, następnie zakładów, jako takich powiedziałbym nawet budynków, a potrzecie stosunek z powodu chorych, którzy mogą być przenoszeni z jednego zakładu do drugiego. Co się tyczy stosunku osób, to wysoka Izba przyznać raczy, że w mieście małém, w mieście, jakim jest Kraków, osoby mające na oku jeden i ten sam cel powinny być z sobą w łączności. I rzeczywiście jest dzisiaj taka łączność przez to, że prymaryjusze w szpitalu są oraz docentami, a profesorowie, np. profesor położnictwa, prymaryjuszem szpitalnym. Wydział krajowy powinien taki stosunek popierać; a to w tym celu, ażeby wszystek materyjał, jaki jest w mieście i może być dla nauki użyty, spożytkowanym został. Jeżeli ten materyjał mały będzie uszczuplony, a będzie uszczuplony przez to, jeżeli się go podzieli między profesora a między prymaryjusza, natenczas połowa tego materyjału spożytkowana będzie w celach naukowych, a uczniowie nie nabędą w odpowiedniéj gałęzi nauk lekarskich pożądanéj wprawy. P. sprawozdawca grozi jeszcze tém, że stosunek, jaki zachodzi dzisiaj między profesorem chorób skórnych a szpitalem może każdéj chwili być zerwany, czyli, że to komorne może być ze strony Wydziału krajowego wypowiedziane.

---

*) Mowca mylił się widocznie, biorąc tu jakotéż i poniżéj cyfry gradeckie za insbruckie i naodwrót. *Redakcyja.*

Gdyby się tak stało, natenczas uczniowie wydziału lekarskiego nie mieliby sposobności widzenia ani jednego chorego dotkniętego chorobą skórną, nie byliby z tą gałęzią nauki lekarskiéj zapoznani. Czy byłoby to z korzyścią dla kraju? wątpić należy. Daléj istnieje także stosunek zakładów, jako budynków, gdyż przez oddalenie jednego budynku od drugiego zachodzą znaczne trudności w przeniesieniu do klinik tych chorych, którzy są umieszczeni w szpitalu. Jest paragraf w dzisiejszéj ustawie, że wolno profesorowi i asystentowi wybierać chorych ze sal szpitalnych i umieszczać w klinikach. Rozumie się, że to może nastąpić tylko za zezwoleniem chorego. Każde przeniesienie chorego może być uniemożliwione przez to, że chory nie zgodzi się na nie, a uczyni to zawsze, jeżeli lekarz ordynujący czyli prymaryjusz sobie tego nie życzy, tak, że ostatecznie ten przywiléj jest fikcyjny. Ta trudność w nabywaniu odpowiedniego materyjału dla klinik ustaje wtenczas, gdy profesor będzie równocześnie i prymaryjuszem szpitalnym. P. Szujski wspominał obszerniéj o tym stosunku, jaki zachodzić powinien między szpitalem a wydziałem lekarskim. Nie wchodząc w rozbieranie kwestyi, że przez mianowanie profesorów prymaryjuszami dla Wydziału krajowego, czyli dla funduszu szpitalnego, wyniklaby znaczna oszczędność, tylko to podnieść muszę w imieniu Rządu, że ani fundusz krajowy, ani zakład humanitarny, jakim jest szpital, takiém zarządzeniem nie poniósłby żadnego uszczerbku, bo nie podlega wątpliwości, że kliniki, które dla nauki są urządzone, są oraz zakładami humanitarnemi. Dla wydziału lekarskiego, dla jego dobra i dalszego rozwoju jest niezbędném, aby kliniki weszły w ścisły związek ze szpitalem św. Łazarza, aby się wywiązał między temi dwoma zakładami ten stosunek wzajemny, o którym p. rektor Szujski wspomniał; dlatego w statucie dla szpitala św. Łazarza powinno być przynajmniéj tyle podane, tj. że może taki związek nastąpić między wydziałem lekarskim czyli kliniką a szpitalem, tj. że kliniki mogą być umieszczone w szpitalu.

Sprawozdawca p. Wernicki: Prof. Szujski wystąpił w obronie środków naukowych, jakie się rzeczywiście należą. Osobiście sklaniam się do jego zapatrywania, jednak w tém miejscu występuję jako sprawozdawca komisyi broniąc jéj zdania i przekonań. Powodem takiego a nie innego zapatrywania się komisyi była podniesiona nieraz kwestyja, a wiadomo jest, jakie jest w téj Izbie zapatrywanie na tę sprawę, a mianowicie takie, że pod względem szpitali zapatrują się na nie, jako na instytucyję, która ma cel humanitarny w pierwszéj linii, a cel naukowy dodatkowo. Musimy się więc w téj mierze liczyć z przyjętém zapatrywaniem ogółu, a nawet same przesądy musimy brać pod rozwagę. Wiadomo, że bezwzględne postępowanie w mniejszych szpitalach zrażałoby ludzi, a celem zakładów tych humanitarnych jest nieść pomoc i publiczność przyciągać, więc musi być w tym względzie inne postępowanie zaleconém. Profesor Szujski dał za przykład zagranicę, że tam się inaczéj odbywa. Wiele tam jest rzeczy, które bezwzględnie do nas nie dadzą się zastósować, bo stopnie cywilizacyi za nadto są różne.

Na tém zakończyła się rozprawa ogólna.

(Dokończenie nastąpi.)

Zdanie sprawy z 51 Zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Kasselu we Wrześniu 1878.

Skreślił Dr. S. Domański.

(Ciąg dalszy i dokończenie. Patrz Nr. 42).

Prof. Senator z Berlina mówił o leczeniu gośćca stawowego kwasem będźwinowym. Do prób w tym względzie skłoniła go raz okoliczność, że kwas salicylowy w dawkach potrzebnych do pożądanego skutku wywołuje nieraz nieprzyjemne przypady uboczne, powtóre, że kwas salicylowy lubo w ogólności rzadko, przecież nieraz zawodzi, nakoniec, że skuteczność kwasu będźwinowego jako środka niewątpliwie przeciwgnilnego mogłaby rzucić jakieś światło na chorobę przerzeczoną dotychczas pod wieloma względami zagadkową. S. spróbował kwasu będźwinowego dotychczas w 20 przypadkach ostrych, 10 przyostrych lub nieznacznie postępujących. Wyłączywszy ostatnie, w których kwas będźwinowy równie jak kw. salicylowy nie okazały się trwale skutecznemi, przekonał się S. o pomyślném działaniu środka, o którym mowa. W wielu razach okazał się kw. będźwinowy skutecznym nawet tam, gdzie kw. salicylowy odmówił swego działania leczniczego, lubo przyznać trzeba, że ciepłota przy użyciu kw. będźwinowego nie opadała tak prędko, jak pod wpływem kw. salicylowego w dawkach równych lub nawet nieco mniejszych. Ponieważ atoli dawkę kw. będźwinowego można jeszcze znacznie podwyższyć w porównaniu do kw. salicylowego, bardzo być może, że wtedy i kw. będźwinowy okaże szczególniéj swe działanie na obniżenie ciepłoty, za czém przemawiałyby najnowsze doświadczenia Schüllera i Klebsa. Dawkę dzienną kw. będźwinowego w ostrym gośćcu stawowym oznacza Senator na 8 do 12 gramów dla dorosłych.

Mook z Kairu mówił o miejscach klimatycznych w Egipcie, z których najważniejszemi są Kair, Hélnaon, Lupeor i pobyt na Nilu. Zdaniem jego Kair ani ze stosunków klimatycznych ani z ciągłego panowania w niém chorób zakaźnych nie zasługuje na nazwę miejsca leczniczego. Inne stacyje klimatyczne mają także mnóstwo złych stron i wypadki leczenia nie odpowiadają oczekiwaniu.

Prof. Bollinger wyłożył rzecz o mięczaku zaraźliwym. Zdaniem jego choroba ta bynajmniéj nie szkodliwa dla ludzi pojawia się jako groźna choroba zakaźna u kur i gołębi i polega na pasorzytach właściwego rodzaju. Rzeczą jest bardzo podobną do prawdy, że choroba przerzeczona przenosi się z człowieka na ptactwo domowe i odwrotnie.

Kunze z Hali mówił o leczeniu padaczki kurarą. Zdaniem jego atropin, strychnin, bromek potasu i amonu prawie nigdy nic nie pomagają, ostatnie dwa co najwyżéj na pół roku wstrzymują napady. To go skłoniło do próbowania kurary a z licznych doświadczeń jego pod tym względem wypada: 1) że można powoli dojść bez niebezpieczeństwa do dawki 3 centigramów we wstrzykiwaniach podskórnych, 2) że pierwsze przypady zatrucia polegają na zamgleniu wzroku w ten sposób, że nie widzi się dokładnie przedmiotów nawet w pobliżu, nakoniec 3) że na 80 przypadków 6 wyleczyło się trwale. Wstrzykiwania podskórne robiono przez 3 tygodnie co 5 dni, stósując się zresztą do napadów. Recepta: Aqae destill. 5·0, Curare 0·3 mucil. gttas 1—2. Dt. Na 6 do 8 wstrzykiwań podskórnych.

W sekcyi chirurgicznéj prof. Roser z Marburga przedstawił do rozprawy wiele twierdzeń o ostrém zapaleniu szpiku kostnego, co rzeczywiście dało pochop do ożywionéj dyskusyi.

Stilling pokazał nowy sposób badania siatkówki przez zobojętnienie środków łamiących światło w oku mocnemi soczewkami wklęsłemi a następnie przez proste oświetlenie ogniskowe. Stilling używał w tym celu soczewek o 15 mm. odległości ogniskowéj, mniema atoli, że lepiéj będzie użyć soczewek o 30 mm. przerzeczonéj odległości periskopijnie szlifowanych.

Engelhardt okazał nowy wziernik oczny własnego pomysłu.

Dohrn z Marburga zwrócił uwagę zgromadzenia na najnowszą pracę tyczącą się statystyki połogów publikowaną przez znaną osobną komisyję berlińską. Z pracy téj pokazało się niewątpliwie z jednéj strony, że gorączka połogowa pochłonęła w Niemczech od r. 1866 więcéj ofiar niż cholera

i ospa, z drugiéj, że śmiertelność z przerzeczonéj choroby była w prowincyi hesko-nassawskiéj największą. Owóż mowca występuje przeciw temu twierdzeniu dowodząc, że jedynie mylne zestawienie liczb dało wypadki od rzeczywistości znacznie gorsze.

Warschauer z Krakowa mówił na podstawie własnych doświadczeń i spostrzeżeń o gorączce powrotnéj u dzieci. Z 22 pacyjentów nie umarł ani jeden. Pod względem leczenia zalecał mówca jako najskuteczniejszy chlorowodan chininowy bezpostaci, który jednak tylko gorączkę zmniejsza lecz ani powtórnym napadom nie zapobiega ani przebiegu w ogólności nie skraca. Na zapytanie Steffena, czy próbował salicylanu sodowego, oświadcza mówca, że na podstawie doświadczeń w szpitalach krakowskich środka tego nie używał i wolałby już użyć czystego kwasu salicylowego.

Brautlecht wyłożył rzecz o gniciu porostów we wodach słodkich i jego znaczeniu pod względem patologicznym. W tym celu przedsięwziął szereg doświadczeń w ten sposób, że kilka pospolitszych porostów poddał gniciu przy ograniczeniu przystępu powietrza w ciepłocie 40° C. i z cieczy ztąd otrzymanéj wstrzykiwał królikom pod skórę po 15 kropli. Otóż w pewnych okresach gnicia, gdy ciecz była kwaśną i zawierała w sobie nader znaczną ilość właściwych organizmów *(micrococci)*, działanie jéj było prawie zawsze zabójcze.

We wtorek 17 września odbyło się trzecie ogólne a zarazem ostatnie posiedzenie Zjazdu, na którém prof. Fick z Wirceburga mówił o wywiązywaniu się ciepła w mięśniu, Radde o Chewzurach, jako najosobliwszém plemieniu na Kaukazie, a Stilling o daltonizmie.

Na tém kończąc zdanie sprawy pozwolimy sobie tutaj kilka uwag co do strony tak naukowéj jak i towarzyskiéj Zjazdu.

Co do pierwszéj, z wymienionych już powodów podział na tak znaczną liczbę sekcyj był bardzo niestósownym; przez to Zjazd nie tylko podzielił się na mnóstwo kół i kółeczek, których posiedzenia odbywały się prawie zawsze równocześnie ale nadto dla zapełnienia posiedzeń trzeba było odczytów, które nie mogły częścią z natury swojéj częścią dla zbyt małéj liczby obecnych doprowadzić do żadnéj ożywionéj dyskusyi, jakiéj bywamy nieraz świadkami w naszych towarzystwach lekarskich. Odczyty, z któremi można przez dzienniki zapoznać się wygodnie w domu, nie należą do Zjazdów. Na zjazdach odczyty powinny być albo demonstracyjne t. j. z pokazywaniem chorych, wyrobów, narzędzi itp. albo też poruszać kwestyje sporne, które zyskać mogą wiele przez ożywioną dyskusyję i udział ogólny. Tyczy się to oczywiście przedewszystkiém posiedzeń ściśle naukowych tj. sekcyjnych. Co do ogólnych, to Zjazd kasselski grzeszył tém, iż odczyty na nim bywały za długie a przez to nużące, daléj, iż zajmowały się przedmiotami dla zwykłéj w takich razach publiczności nie bardzo dostępnemi. Na posiedzeniach tych po załatwieniu spraw administracyjnych chodzić powinno przedewszystkiém o przedstawienie ogółowi w formie jak najprzystępniejszéj jakiejś ciekawszéj sprawy naukowéj, któréj znajomość może być pożądaną dla każdego człowieka wykształconego bez różnicy płci. Tym sposobem zjazdy mogą zyskać znaczną liczbę uczestników z poza lekarzy i przyrodników a tém samém mieć większą kwotę na wydawnictwa literackie.

Co do strony, że tak powiemy, towarzyskiéj Zjazdu, komitet gospodarczy zrobił wszystko, co było tylko w jego mocy. Zabawy jak słusznie nie górowały nad sprawami naukowemi ale odznaczały się przyzwoitą powagą i trafném obmyśleniem. Gratisowy pociąg do Wildungen i Nauheimu świadczy o dobrém zrozumieniu własnego interesu ze strony zdrojowisk. Biuro korespondencyjne pocztowe i telegraficzne w lokalu komitetu gospodarczego, do którego każdy z członków przynajmniéj raz na dzień udawać się musiał, było nader wielką wygodą dla zamiejscowych. Protestacyja przeciw udziałowi kobiet świadczy, iż w Niemczech większość nie życzy sobie, żeby kobiety rywalizowały z mężczyznami na polu do tego niewłaściwém.

Zjazd kasselski liczymy przeto ostatecznie do bardzo udałych ale nie pomylimy się twierdząc, że i u nas, byleby umiano wziąć się do tego trafnie i energicznie, Zjazd podobny łatwoby przyszło urządzić. Nie zabrakłoby z pewnością ani tematów dla sekcyj ani spraw ogólniejszego znaczenia, względem których najłatwiejby może przyszło się porozumieć ustnie właśnie na Zjeździe.

III. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 24 października. J. E. c. k. Namiestnik zamianował Dra Mieczysława Dembowskiego lekarzem powiatowym 2iéj klasy w Lisku, a Dra Karola Bendę asystentem w Chrzanowie.

(Jestto pierwsza zmiana w poczcie niedawno mianowanych lekarzy rządowych, wynikła ztąd, że Dr. Benda, dotychczasowy lekarz pow. w Chrzanowie, mianowany lekarzem pow. w Lisku prosił o pozostawienie go na posadzie asystenta w Chrzanowie.)

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na posiedzeniu swém z d. 22 b. m. zamianował Dra Stanisława Skobla asystentem przy klinice chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

* Na posiedzeniu wydziału matem.-przyrodniczego Akademii Umiejętności odbytém w dn. 20 bm. pod przewodnictwem dyrektora Teichmanna zastępca prof. anatomii patolog. Dr. Browicz w wolnym wykładzie zdał sprawę z badań swoich doświadczalnych nad ostrém zapaleniem nerek Praca ta ukaże się w pismach Akademii,

* W miejsce Dra Obtułowicza Tow. lekarskie nasze obrało członkiem i sekretarzem komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekar. Dra Aleksandra Rybczyńskiego, lekarza miejskiego.

+ Dnia 18 bm. zebrało się wieczorem w sali hotelu drezdeńskiego przeszło 30 lekarzy na pożegnalną ucztę, którą zarządziło swym ustępującym kolegom Drom Bylickiemu, Obtułowiczowi i Wurstowi grono asystentów tutejszéj wszechnicy. Koło biesiadnego stołu zasiedli profesorowie, lekarze, oraz kilku uczniów medycyny, z ust profesorów płynęły słowa uznania dla opuszczających swe posady asystentów, podniesiono ich pracę, wiedzę, koleżeńskość i dbałość o cześć zawodu lekarskiego; pp. Wurst i Obtułowicz, gdyż trzeci solenizant już przedtem opuścił Kraków, wyrazili wdzięczność dla nauczycieli i kierowników swych, w gorących słowach uwydatnili błogie wrażenie koleżeńskiego pożycia, którego tu doznali i przyrzekli, że w chwilach dalszego żywota nie oddzielą się w umysłowéj pracy od ogniska, przy którém sami ogrzali serce, oświecili umysł. Chcąc wyciągnąć pewną korzyść moralną ze zgromadzenia się tych młodych lekarzy, jeden z profesorów skierował swe słowa do nich, uwydatniając, że wyróżnienie ustępujących asystentów w sposób tak wybitny, będące następstwem ocenienia ich zalet, winno dać do poznania ich następcom, czego od nich żąda publiczność lekarska. Przed północą biesiadnicy rozeszli się, wynosząc budujące wrażenie, jakie zwykle napełnia serce zebranych w imię dobréj myśli.

(Z naszéj strony wynurzamy wydalającym się na posady rządowe dwom wyżéj wspomnionym kolegom szczere podziękowanie za gorliwe współpracownictwo i popieranie naszych zabiegów. Jako sekretarz Tow. lek kol. Wurst zasilał tygodnik nasz starannie opracowanemi protokółami, a jako asystent kliniki okulistycznéj cennemi artykułami. Kol Obtułowicz do ostatniéj chwili należał do najgorliwszych członków komisyi redakcyjnéj i

najpilniejszych współpracowników naszych; tracąc wiele skutkiem jego wydalenia się spodziewamy się jednak po jego wykształceniu lekarskiém, po jego pilności i sprężystości, że wkrótce pozyskamy w nim współpracownika w gałęzi dotąd u nas odłogiem leżącéj, to jest w higijenie i policyi lekarskiéj.

Nawiązując zaś do słów jednego z mowców na wieczorze wyrażamy nadzieję, że następcy kolegów wspomnionych pójdą ich śladem a korzystając z obfitego materyjału klinicznego przyczynią się do wzbogacania piśmiennictwa naszego. *Redakcyja).*

* Na wieczornêm posiedzeniu z d. 18 bm. Sejm uchwalił zgodnie z wnioskiem komisyi kwotę 420,000 zła. jako koszta leczenia ubogich chorych oraz rezolucyję: Wzywa się Wydział krajowy: 1) ażeby obmyślił środki zapobieżenia wydawaniu świadectw ubóstwa osobom mogącym płacić za siebie; 2) ażeby świadectwa ubóstwa, dołączane do rachunków szpitalnych, jak najściśléj badał i w razie dostrzeżonéj ich niezgodności, winnych do surowéj pociągał odpowiedzialności; 3) ażeby ściśle przestrzegał pociągania do płacenia kosztów leczenia osób do tego obowiązanych, jakoto: korporacyj za swoich członków, chlebodawców za służących itp.; 4) ażeby nie dopuszczał podnoszenia taks szpitalnych nad istotną potrzebę, a nawet starał się obniżyć takowe, gdzie się tego możność okaże; 5) żeby starał się daléj o zmniejszenie wydatków w szpitalach krajowych.

Następnie uchwalił kwotę 57,930 zła. jako koszta szczepienia a zarazem rezolucyję: Wzywa się Wydział krajowy, ażeby w granicach przyznanego mu wpływu na sprawę szczepienia ospy starał się o ograniczenie wydatków, o ile to stać się może bez nadwerężenia zamierzonego celu, tudzież ażeby wziął na uwagę, czy nie dałoby się to osiągnąć przez wyjednanie stosownych zmian w instrukcyi, a mianowicie przez szczepienie w jednéj miejscowości dzieci z kilku gmin przyległych — (z dodatkiem p. Golejewskiego) i przez przyznanie wpływu na tę sprawę Wydziałom powiatowym.

Bez rozpraw uchwalono kwotę 32,700 zła. jako koszta sanitarne, rozmaite zasiłki dla zakładów dobroczynności, pomiędzy któremi dla domu ubogich w Krakowie 5424 zła., dla zakładu głuchoniemych we Lwowie 6000 zła., dla zakładu ciemnych tamże 2000 zła.

Na posiedzeniu zaś rannêm z d. 19 b. m. uchwalono dla komisyi fizyjograficznéj w Krakowie 3000 zł, stypendyja dla uczniów weterynaryi 2260 zł; daléj przyjęto pokrycie niedoboru szpitala powszechnego we Lwowie w kwocie 30,883 zł., a szpitala w Kulparkowie w kwocie 164.179 zł. a przy téj ostatniéj pozycyi uchwalono rezolucyję: Poleca się Wydziałowi krajowemu, ażeby: 1) bez upoważnienia sejmowego nowych filij zakładu dla obłąkanych nie zakładał, ani istniejących w Przemyślu i w Żółkwi nie rozszerzał; przeciwnie, ażeby 2) z nich polecił wydalić obłąkanych nieuleczalnych, niezagrażających bezpieczeństwu publicznemu ani obyczajności i 3) starał się o stopniowe, o ile być może, jak najrychlejsze zwinięcie tych filij. Na darmo posłowie Hoszard i Smolka sprzeciwiali się przyjęciu dwóch ostatnich ustępów, ponieważ chorych nieuleczalnych rzadko tylko można wypuścić, gdyż zagrażają najczęściéj bezpieczeństwu a zwinięcie filij musiałoby wywołać przepełnienie Zakładu Kulparkowskiego.

Wreszcie uchwalono pokrycie niedoboru funduszu podrzutków we Lwowie (10,696 zł.) i szpitala św. Łazarza w Krakowie (32,796 zł.).

Przyznać należy, że Sejm tegoroczny, zamknięty d. 19 b. m., w krótkim czasie zastanawiał się nad wieloma sprawami szpitalnemi i takowe po największéj części załatwił. Jedna nader ważna kwestyja, tycząca się kosztów leczenia ubogich chorych, na szczęście nie została załatwioną; powiadamy na szczęście, gdyż ona jak z jednéj strony jest piekącą, tak z drugiéj wymaga dojrzałego i wszechstronnego roztrząsania. Ponieważ wniosek posła Golejewskiego tyczący się téj sprawy odesłany został do Wydziału, więc ostatni zapewne przygotuje wniosek na Sejm przyszłoroczny; gdy ta sprawa jednak nietylko dla finansów kraju i dla chorych ubogich, ale i dla lekarzy zwłaszcza szpitalnych ma wielkie znaczenie, więc i Towarzystwo lekarskie nasze zapewne nią się zajmie, i zbierze materyjał, aby na podstawie takowego wypowiedzieć swoje zdanie.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 40 (od 29 września do 5 października włącznie) umarło w Krakowie razem osób 29; męż. 17, kob. 12; w obwodach osób 21, w szpitalach 9; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 26,9.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny we Wiedniu Dr. Wilhelm Loebisch mianowany nadzw. prof. chemii lekarskiéj w Insbruku. — Dr. Bernheim mianowany prof kliniki lek. w Nancy. — Dr. Bonnet w Monachijum habilitował się się jako docent histologii i embryjologii. — Prof. Dr. Karol Liman i Dr. Lewin w Berlinie otrzymali order domu Hohenzollernów (obaj interweniowali jako znawcy w sprawie zamachu Nobilinga).— Chemik Pasteur otrzymał wielki krzyż oficerski, chemik Frémy krzyż komandorski a prof. anatomii w Paryżu Sappey krzyż oficerski orderu legii honorowéj.

* **Konkurs** na posadę lekarza w dobrach arcyksiążęcych w Makowie. Doktorowie medycyny mają wnieść podania swe wraz z odpowiedniemi świadectwami do arcyks. Dyrekcyi dóbr w Żywcu najpóźniéj do 15 listopada rb. i tamże zasiągnąć mogą informacyi co do bliższych warunków.

Komisyja balneologiczna Tow. lek krak. odbędzie we Środę dnia 30 b. m. o godz. 5 posiedzenie, na którém: 1) załatwione zostaną liczne sprawy administracyjne, a między innemi sprawa budowy nowych łazienek borowinowych w Krynicy, 2) odczytaną zostanie rozprawa Dra Krówczyńskiego o metodzie leczniczéj, zwanej gerbersdorfską.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 7669
pr.

OGŁOSZENIE.

W myśl rozporządzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 września 1875 r. odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy przepisane rozporządzeniem wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 marca 1873 r. (dz. u. p. L. 37) w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy urzędach administracyjnych w drugiéj połowie listopada b. r. a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do końca października b. r. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwa i zaopatrzone w dowody wymagane §. 7. względnie 17 powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.
We Lwowie dnia 15 października 1878.

Objąwszy z dniem 18 października rb. urząd członka Wydziału i Podskarbiego Stowarzyszenia dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich upraszam wszystkich Członków tego Stowarzyszenia zalegających z opłatą składek aby takowe jak najrychléj na moje ręce nadesłać raczyli, nadmieniając, iż składki te nadsełać można łącznie z Przedpłatą na Przegląd Lekarski.

Dr. Grabowski.
Rynek Nr. 45.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 2 listopada 1878. № 44. Rok XVII.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza Docenta Dra Pareńskiego.

Przypadek podwójnego wgłobienia jelita.

Opisał Dr Stanisław Ponikło.

Przypadki zaparcia jelitowego w ogóle a w szczególności wgłobienia przedstawiają częstokroć znaczne trudności rozpoznawcze, zwłaszcza, jeśli przebiegają w sposób więcéj przewlekły a zapora jelitowa zwolna się wytwarza i wzmaga. Zboczenia czynnościowe, jak wymioty kałowe, zmiana w jakości stolców, nadto bolesność odnoszona przez chorego do téj lub owéj okolicy brzucha są często w przypadkach zaparcia jelitowego przewlekłego mało wybitne; najważniejszy zaś środek badania, tj. badanie fizyczne trzew brzusznych, również nie zawsze może dać wyobrażenie pewne lub nawet choćby prawdopodobne o ukształtowaniu i usadowieniu zmian anatomicznych wywołujących zaparcie jelitowe. W takich razach najcenniejsze wskazówki rozpoznawcze podaje dokładna obserwacyja przebiegu cierpienia we wszystkich tegoż szczegółach.

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę częścią ze względu na przebieg cierpienia więcéj przewlekły, obok mało nacechowanych przypadków zaparcia, częścią ze względu na tę okoliczność, że wgłobienie jelita dosiągało znacznych rozmiarów, a nadto iż było p o d w ó j n e.

F. M., mężczyzna lat 51 liczący, wyrobnik, przybył do szpitala dnia 28go sierpnia rb. Przed powstaniem obecnéj choroby cieszył się zupełnêm zdrowiem. Złożony chorobą od 9 tygodni był zmuszony leżeć w łóżku. Podaje, iż doznawał przez cały ten przeciąg czasu prawie ciągłych boleści w brzuchu, zwłaszcza w górnéj części okolicy podpępkowéj. Bóle te, trwające czasem przez dłuższy czas nieprzerwanie, wzmagały się od czasu do czasu w napadach bardzo częstych, niekiedy co kilka minut, do znacznego stopnia, poczém w każdym szczególnym napadzie znowu stopniowo ustępowały. Wymioty miały się pojawić przed przybyciem do szpitala tylko raz jeden z wymiocinami zwykłemi z resztkami pokarmów pomięszanemi. Stolce czasem tylko z bolami i parciem połączone, spójności średniéj, dość regularnie występujące, zabarwienia zwykłego. Chory nie dostrzegł w stolcach obecności ropy, krwi lub śluzu.

Badanie w chwili przybycia wykazało: Mężczyzna wzrostu średniego, dość licho odżywiony, układ kostny i mięśniowy miernie rozwinięte, podściółka tłuszczowa skąpa. Skóra blada, sucha, włosy ciemne, tęczówki jednostajnie rozszerzone. Ciepłota prawidłowa. Język lekko obłożony, wilgotny. Błona śluzowa podniebienia i gardła prawidłowa. Szyja dość długa. Klatka piersiowa budowy dość dobréj, miernie wysklepiona. Odgłos wypukowy z przodu po stronie prawéj jawny, pełny do żebra 6go w linii przymostkowéj prawéj, do 7go na sutkowéj. Stłumienie sercowe poczyna się na dolnym brzegu żebra 4go i nie przekracza linii przymostkowéj lewéj. Na tylnéj stronie klatki piersiowéj wszędzie odgłos wypukowy jawny, pełny; dolna granica obojga płuc po obu stronach równie wysoka. Szmer oddechowy wszędzie pęcherzykowy czysty. Tony sercowe czyste. Tętno 96 dość pełne. Brzuch nieco zapadły, powłoki brzuszne mało podatne. Przy oglądaniu brzucha uważamy w okolicy podpępkowéj lewéj lekkie wypuklenie, które przy obmacaniu przedstawia się jako obrzęk rozlany, elastyczny, średniéj spójności, trudno dający się odgraniczyć palcami. Obrzęk ten staje się mniéj wyraźnym przy napięciu powłok brzusznych, nieprzesuwalny przy silnym wdechu. Wywołuje on stłumienie odgłosu wypukowego poczynające się od strony prawéj na 3 cm. od linii środkowéj, łączące się ze stłumieniem okolicy lędźwiowéj tylnéj; ku dołowi stłumienie to sięga do linii przeprowadzonéj poziomo przez wyrostek biodrowy przedni górny, ku górze sięga do poziomu pępka w całéj swéj rozległości poprzecznéj, zwężając się następnie ku górze i zewnątrz zlewa się ze stłumieniem śledziony. Przy ucisku rzeczonego obrzęku żali się chory na dość znaczny ból. Ruchów robaczkowych jelit nie dostrzegamy przez powłoki brzuszne, również nie można ich wywołać zadraźnieniem ani mechanicznêm an

termicznêm powlok brzusznych. Stłumienie wątroby prawidłowe; stłumienie śledziony poczyna się na 8 żebrze i nie dosiąga linii pachowéj średniéj. Z przypadów czynnościowych brak łaknienia, znaczne osłabienie ogólne. Mocz w ilości zwykłéj, jakości również prawidłowéj. Od dwu dni zaparcie żywota. Badanie *„per rectum“* nie wykazuje nic nieprawidłowego.

Obrzęk w okolicy podpępkowéj i lędźwiowéj lewéj umieszczony bolesny, niedokładnie odgraniczony, nieprzesuwalny, elastyczny, mógłby najrychléj odpowiadać albo ograniczonemu zapaleniu otrzewnéj przewlekłemu albo też sprawie nowotworowéj górnéj połowy części zstępującéj jelita grubego. Wszelakoż zapalenie otrzewnéj, w têm miejscu zresztą u mężczyzn rzadkie, rozwija się najczęściéj po długotrwałéj czerwonce, połączonéj z rozległemi owrzodzeniami, z następowêm zgrubieniem wszystkich warstw jelita i złożeniem wypociny częścią ropiastéj, częścią organizującéj się na otrzewnéj lub w tkance podotrzewnowéj w okolicy jelita albo też w następstwie zaparcia kałowego. Historyja jednak choroby chorego w mowie będącego nie wykazuje żadnych objawów czerwonki, poprzedzających powstanie opisanego obrzęku; nie cierpiał też chory dawniéj na przewlekłe zaparcie żywota. Przeciw sprawie nowotworowéj przemawiało zaś nazbyt krótkie trwanie cierpienia i nagłe pojawienie się bólów w odnośnéj okolicy brzucha w całêm nasileniu. Nadto ból tak w jednym jak drugim przypadku byłby ciągłym, wzmagającym się znacznie przy ucisku, a nie występującym w pojedyńczych napadach. Ta okresowość bólów wzmagających się stopniowo w każdym szczególnym napadzie do swego szczytu a potêm równie stopniowo słabnących i ustępujących kazała w naszym przypadku myśleć o takiéj zmianie jelita, która zdolna jest wywoływać okresowo gwałtowny ruch robaczkowy jelit i kurczenie się silne jelita w napadach występujące i zwróciło uwagę na możebność zapory jelitowéj przewlekłéj i niezupełnéj. Dlatego też mimo braku gwałtownych przypadów zaparcia jelitowego, jednak biorąc wzgląd na okresowość bólów, na trudność wytłumaczenia obrzęku opisanego w inny sposób, na brak rozdęcia jelit, na nagłe powstanie cierpienia, z p r a w d o p o d o b i e ń s t w e m rozpoznano wgłobienie jelita grubego z rozwojem powolnym i niezupełną zaporą jelita. Przeciw zaparciu żywota trwającemu 2 dni zastósowano lejek Hegara, który usunął tylko dwa kawałki spieczonego kału, późniéj użyto środków rozwalniających; ku uśmierzeniu zaś bólów zastósowano wstrzykiwania podskórne morfinu w miejsce obrzękowi odpowiadające. Przez kilka dni następnych trwała u chorego biegunka a w tydzień po przybyciu do szpitala począł się pojawiać w stolcach śluz zmięszany z krwią i płynem posokowatym. Nadto wystąpiła czkawka. Bóle w napadach tego samego rodzaju co dawniéj. To pojawienie się śluzu i krwi w stolcach utwierdziło têm samêm prawdopodobieństwo rozpoznania wgłobienia i dlatego zaordynowano lewatywę z kwasu winowego i dwuwęglanu sodowego w celu rozdęcia fałdu jelita wgłobiającego wytwarzającym się w jamie jelitowéj kwasem węglowym i wpłynięcia tym sposobem na uwolnienie jelita wgłobionego. Zabieg ten sam w swojêm działaniu wątpliwy nie przyniósł pożądanego wyniku, gdyż przypuszczając już w téj porze zupełną słuszność ropoznania, trwanie jednak 10-tygodniowe cierpienia kazało myśleć o rozwinięciu się przewlekłego zapalenia otrzewnéj i zlepienia silnego jelita wgłobiającego z wgłobionêm. Po upływie następnych dni 4ch przy badaniu *„per rectum“* dał się wymacać w kiszce stolcowéj obrzęk, dokładnie palcem okrążyć się dający, walcowaty, miękki, gładki, pulchny, przyczêm palec wyjęty pokryty był dość obfitą ilością śluzu zbroczonego krwią i zwilżony płynem posokowatym, cuchnącym; nazajutrz zaś wystąpił na 1 cm. poniżéj otworu stolcowego rozwartego obrzęk ten sam, odpowiadający przy bliższêm badaniu wywiniętemu jelitu grubemu o powierzchni brudno-czerwono-zielonawéj, pokrytéj śluzem; z otworu stolcowego wyciekała ciecz posokowata, cuchnąca, zawierająca strzępki masy zgorzelinowéj. Nadto powstało częste parcie na stolec. Obrzęk w okolicy lędźwiowéj nie zmienił się ani co do rozmiarów, kształtu, ani umiejscowienia. Teraz rozpoznanie wgłobienia jelitowego stało się pewnêm i wytłumaczono obrzęk w okolicy podpępkowéj lewéj, jako miejsce odpowiadające s z c z y t o w i wgłobienia z okolicznêm przewlekłêm zapaleniem otrzewnéj. We dwa dni po wystąpieniu kiszki wgłobionéj na zewnątrz bóle wzmogły się i nieograniczały się już wyłącznie do miejsca odpowiadającego obrzękowi, lecz rozeszły się na całą rozległość brzucha. Straciły dawną swą okresowość i stały się ciągłemi. Znaczny zapad oblicza, czkawka, tętno częste, małe, czasem przepuszczające. Dnia 13 września chory umarł wśród objawów ogólnego ostrego zapalenia otrzewnéj.

Sekcyja wykonana po 24 godzinach w zakładzie anatomiczno-patologicznym wykazała: Po otwarciu jamy brzusznéj pojedyńcze pętle jelitowe zlepione za pomocą masy szarawo-żółtéj, wiotkiéj, częścią ze sobą, częścią ze ścianami jamy brzusznéj. Otrzewna ćma, w wielu miejscach żywo wystrzykana, obrzękła, pulchna, pokryta błonkami włóknikowemi. W dolnéj części jamy brzusznéj nagromadzona w dość obfitéj ilości ciecz ropiasta, zawierająca liczne strzępki masy włóknikowéj. Dolna część jelita biodrowego na $^1/_4$ metra od kiszki ślepéj, kiszka ślepa w całości, tudzież dolna część okrężnicy wstępującéj wgłobione w górną część kiszki wstępującéj, całą poprzecznicę i górną część jelita grubego zstępującego. S z c z y t wgłobienia znajdujący się w górnéj części okrężnicy zstępującéj stanowiła zatem część jelita biodrowego na $^1/_4$ metra od kiszki ślepéj odległa. Nadto znachodziło się d r u g i e wgłobienie osobne średniéj części okrężnicy zstępującéj i górnéj części krzywizny esowatéj w dolną część krzywizny esowatéj i prostnicę. Blaszka zewnętrzna w g ł o b i a j ą c a wraz z blaszką p o w r a c a j ą c ą części wgłobionéj d r u g i e g o wgłobienia obejmowała na przestrzeni 5 cm. jelito wgłobiające p i e r w s z e g o wgłobienia powyżéj szczytu części wgłobionéj tegoż. W miejscu odpowiadającêm obrzękowi za życia wybadanemu wszystkie warstwy jelita obu części wgłobiających znacznie surowiczo obrzękłe i zgrubiałe tworzyły guz mniéj więcéj kulisty, zbity, w lewéj okolicy podpękowéj umieszczony. Mniéj więcéj w polowie tegoż guza jelito wgłobione pęknięte przedstawiało szparę poprzeczną na 4 cm. długą, przez którą przezierało jelito wgłobione. Części wgłobione obu wgłobień obrzękłe, brudno-zielonawo zabarwione, zgorzelinowo rozpadające. Część wgłobiona drugiego wgłobienia wystercza na 1 cm. przez otwór stolcowy. Znajdowały się zatem d w a odrębne wgłobienia: jedno jelita cienkiego, kiszki ślepéj i dolnéj części okrężnicy wstępującéj w okrężnicę poprzeczną *(intussusceptio iliaca ileo-colica)* a d r u g i e, powstałe przez wgłobienie się okrężnicy zstępującéj w krzywiznę esowatą i prostnicę, a oba zeszły się ze sobą razem na rozległości 4 cm. w miejscu odpowiadającêm w prawidłowêm ułożeniu trzew brzusznych górnéj części okrężnicy zstępującéj. Wgłobienie tedy w têm miejscu było podwójne a rura kiszkowa przedstawiała w têm-

że miejscu pięć ścian jakoto: od zewnątrz 1) blaszkę zewnętrzną i 2) powracającą drugiego wgłobienia, następnie 3) blaszkę zewnętrzną, 3) powracającą i 5) wgłobioną pierwszego wgłobienia.

Uwaga: Obecność podwójnego wgłobienia powstałego przez zejście się dwu odrębnych wgłobień ze sobą posiada ze względu klinicznego mało znaczenia, niepodobna bowiem, aby stan taki mógł być za życia rozpoznany. Raczéj powolny przebieg cierpienia obok mało wybitnych przypadów zaparcia jelitowego może budzić zajęcie kliniczne. Nadto pod względem anatomicznym przypadek opisany jest rzadkością i nie udało mi się znaleść w odnośnéj literaturze mnie przystępnéj podobnego przypadku opisanego. Wprawdzie opisują autorowie (Leichtenstern: *Über Darminvagination* str. 215.) przypadki wgłobienia podwójnego o 5 ścianach, lecz przypadki te polegają tylko na podwójném zawinięciu się części wgłobiającéj pojedynczego wgłobienia a nie zejściu się dwu odrębnych wgłobień ze sobą, jak w opisanym przypadku.

II. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski**,
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42.)

2) Dlaczego nie przeziębiamy się codziennie?

Bo istnieje *a)* przyrząd mięśniowy w skórze, zamykający otwory gruczołów potnych, który działanie swe w czasie zimna powstawaniem gęsiéj skórki objawiają. *b)* Istnieje w zwyczajnych warunkach prąd przewiewu skórnego odśrodkowy, czyli parowanie potu z wnętrza ustroju na zewnątrz nie dopuszczające lekkich zarodków chorobowych w kurzu atmosferycznym rozpostartych do wnętrza ustroju.

3) Dlaczego stąpając bosą nogą po zimnéj posadzce łatwo nabawiamy się katarów?

Bo w podeszwach rozwinięte są największe gruczoły potne, w które najłatwiéj wnikają zaczyny nieżytowe, jeżeli tylko w skutek oziębienia prąd odśrodkowy zamieni się na dośrodkowy.

4) Dlaczego konie ulegają częstokroć gośćcowi, a psy, koty rzadko?

Bo konie mają gruczoły potne mocno rozwinięte a u psów, kotów, królików gruczoły potne mało są rozwinięte.

5) Dlaczego człowiek spocony łatwo ulega przeziębieniu?

Bo jego gruczoly potne są otwarte, łatwo więc wnikają w nie zaczyny chorobowe.

6) Dlaczego człowiek spocony nie przeziębia się, skoro zwolna się ochładza?

Bo gruczoły potne zwolna się zamykają, zanim więc prąd odśrodkowy przemieni się na dośrodkowy już one są zamknięte i zaczynów wtedy nie przepuszczają.

7) Dlaczego dłuższy czas siedząc na zimnie łatwiéj się przeziębiamy niż będąc w ruchu?

Bo przy ruchu wywięzuje się więcéj ciepła w ustroju, zatém prąd przeziewu w skórze jest odśrodkowym, gdy się zaś siedzi nieruchomie przez dłuższy czas na zimnie prąd łatwo zamienić się może na dośrodkowy.

8) Dlaczego człowiek cokolwiek spocony najłatwiéj się przeziębi, jeżeli wiatr go owionie, lub jeżeli stoi na przeciągu w oknie?

Bo wtedy wiatr ten lub przeciąg największą ilość zaczynów pędzi i osadza na wilgotnéj skórze, na któréj tenże wiatr lub przeciąg zamienić może prąd przeziewu odśrodkowy na dośrodkowy.

9) Dlaczego nie przeziębiamy się po chwilowém zadziałaniu zimna, np. przy przewdziewaniu koszuli?

Bo tylko wtedy, gdy warstwa gruczołów potnych zatém podskórna (na kształt kuli termometru, *maassgebende Schichte* Liebermeistra) oziębi się, wtedy zmienia się prąd odśrodkowy na dośrodkowy, wtedy przeziębiamy się.

10) Dlaczego nosząc kaftaniki wełniane na golém ciele chronimy się od przeziębienia?

Bo zaczyny zatrzymują się na włoskach tkaniny wełnianéj i nie łatwo przez nią przedrzeć się mogą.

11) Dlaczego przez kąpiele zimne hartujemy ciało i ochraniamy się od częstych katarów i gośćców?

Bo kąpiele zimne są gimnastyką dla mięśni skórnych, która wzmacnia cały przyrząd zamykający bramy wpustowe dla szkodników chorobowych.

12) Dlaczego najwięcéj nieżytów i gośćców panuje na wiosnę i w jesieni?

Bo wilgoć, ddżyste powietrze i ciepłota około 0 najwięcéj zdaje się sprzyjać rozwojowi zaczynów przeziębnych. W tym czasie najwięcéj ich rozpostartych w powietrzu. Miazmaty te wywołują niekiedy prawdziwe epidemije nieżytowe. Suche ciepłe powietrze lub mrozy rozwojowi ich mniéj sprzyjają lecz obecności ich nie wykluczają.

13) Dlaczego choroby zaraźliwe, np. odra, płonica, dur powstają częstokroć po przeziębieniu?

Bo przeziębienie ułatwia wnikanie zaczynów zakaźnych do ustroju, gdyż tą samą drogą, którą zaczyny przeziębne mogą i zaczyny zakaźne dostawać się do ustroju w skutek zmiany prądu w skórze odśrodkowego na dośrodkowy.

Te pytania tyczyły się samego aktu przeziębienia, czyli początku chorób przeziębnych, następne tyczą się dalszych zboczeń z przeziębienia wynikłych czyli przebiegu chorób przeziębnych.

14) Dlaczego w kilka godzin po przeziębieniu pojawiają się dreszcze?

Doświadczenie uczy, że ile razy jakiś zaczyn zakaźny zwłaszcza miazmatyczny lub gnilny, zimnica, gorączka powrotna, zapalenie płuc, gościec, ropnica, rozwija się we krwi i krew zaczynami temi zakażona obleje sieć Malpighiego, tyle razy powstaje dreszcz, uczucie zimna, łamanie w członkach. Często, ale nie zawsze, dzieje się to i w chorobach zaraźliwych.

15) Dlaczego po przeziębieniu dopiero w kilka lub kilkanaście godzin rozwija się gorączka?

Bo ten czas jest potrzebny do dostania się zaczynów z gruczołów potnych do krwi i rozwoju ich we krwi. Dlatego też wszystkie te choroby mają okres utajenia albo wylęgania.

16) Dlaczego rozwija się gorączka?

Bo rozwijające się zaczyny chorobowe spożywają tlen we krwi, a krew tętnicza niedostatecznie utleniona oblewając rdzeń przedłużony pobudza w sposób odruchowy za pomocą nerwów współczulnych *(n. sympathici)* serce do częstych skórczów, klatkę piersiową do szybszych oddechów w celu przysporzenia tlenu, który po części na inne cele obrócony zo-

stał i przywrócenia tym sposobem niejakiéj równowagi w odżywianiu tkanin.

17) Dlaczego podnosi się ciepłota ciała?

Bo fermentacyja we krwi odbywająca się wywołuje większe zużycie tlenu, czyli większe gorzenie, podwyższa więc ciepłotę krwi i całego ustroju.

18) Dlaczego tworzą się wypociny raz w stawach, w błonach surowiczych, drugi raz na błonach śluzowych, innym razem w pęcherzykach płucnych?

Krew niedostatecznie odżywiona, zaczynami zakażona, nie może się odnawiać w sposób prawidłowy, ale ulega zmianom chemicznym i morfologicznym, obfituje w ciałka krwi niedojrzałe, albo zaczynami zakażone, ciałka ropne, śluzowe, staje się rzadszą, okazuje dążność do przepacania i wypacania czyli składania złogów chorobowych (płodów fermentacyi) wśród lub na powierzchni pewnych tkanin. Dlaczego jednak raz w tym, drugi raz w innym narządzie złogi składane zostają, o tém nie mamy wyobrażenia.

19) Dlaczego we wszystkich chorobach z przeziębienia wynikających chorzy obficie się pocą?

Po części dlatego, że gruczoły potne przez wnikające zaczyny zostały zadrażnione, ale byłoby to pocenie bardzo ograniczone, bo zaczyny na bardzo małéj przestrzeni skóry dostać się mogą do ustroju. Przypuścić należy, że zaczyny przeziębne, krążące we krwi tak samo jak wywołują zadrażnienie skóry i dreszcze, tak samo wywołują zadrażnienie gruczołów potnych i poty a podwyższona ciepłota, większe rozrzedzenie krwi również do obfitości potów się przyczyniają. Na téj to drodze może także część nieprawidłowych składników ze krwi wykluczoną zostaje.

20) Dlaczego kwas salicylowy przerywa gościec, łagodzi przebieg błonicy, usuwa gorączkę, dlaczego kwas karbolowy wstrzyknięty w okolicę stawu goścćem nagabniętego usuwa ból i obrzmienie?

Bo środki te będące najdzielniejszemi środkami odrażającemi tępią zaczyny, tępią wszelką fermentacyję we krwi, tém samém przerywają gorączkę i całą sprawę goścćową. Na zaczyny inne niegoścćowe nie ma kwas salicylowy tak wielkiego wpływu, zawsze jednak podobnie jak chinin jest w stanie obniżyć gorączkę. Z tego wynika daléj dla nas pobudka do szukania środków przeciw wszelkim innym chorobom zakaźnym tak dzielnych, jakim jest chinin w zimnicy a kwas salicylowy w gośćcu, bo kiedy znaleźliśmy środek tępiący zaczyn bagienny i środek tępiący zaczyn goścćowy, to nie mamy przyczyny powątpiewać, że mogą być znalezione środki tępiące inne zaczyny chorobowe a same dla ustroju niezbyt szkodliwe.

X.

Postępowanie ochronne (profilaktyczne) przeciw przeziębieniu na podstawie teoryi zaczynów.

Dawno już doświadczenie lekarzy i nielekarzy wskazało, co mamy czynić, aby uchronić się od częstych przeziębień, od gośćców i nieżytów. Wskazał to już Hufeland w swéj makrobiotyce a późniéj cały szereg higijenistów i klinicystów. Tylko nie można sobie było wytłumaczyć, dlaczego właśnie tak postępować należy.

Na podstawie powyżéj rozwiniętéj teoryi możemy zasady higijeniczne odnośnie do ochrony przeciw przeziębieniom nie tylko określić ale i umotywować.

Główne punkta są:

1) Hartować skórę i cały ustrój przez obmywanie zimne i zimne kąpiele, to znaczy wpływać na kurczenie się mięśni skórnych, wpływać na szczelne zamykanie się porów skóry, innemi słowy należy przez odpowiednią gimnastykę aparatu skórnego ćwiczyć i wzmacniać go tak, jak wzmacniać powinno się przez gimnastykę odpowiednią wszystkie mięśnie i cały ustrój.

Rozpoczynać najlepiéj ćwiczenia takie czyli kąpiele od urodzenia dziecka, poczynając od temperatury zbliżonéj od ciepłoty ciała (np. około 26° R.) i codziennie obniżając ciepłotę kąpieli o 1 lub $1\frac{1}{2}$ stopnia aż mniéj więcéj do 15° R. Niemowlęta jednak kąpać należy w ciepłym pokoju, krótko 3—5 minut i prędko obsuszać. I starsze dzieci lub dorośli, jeśli nie są przyzwyczajeni do zimnych kąpieli a chcą się hartować przeciw przeziębieniom, powinni stopniowo przyzwyczajać się do coraz chłodniejszych obmywań, kąpieli lub natrysków, które początkowo termometrycznie należy oznaczać.

2) Nie rozwijać zbytecznie gruczołów potnych przez noszenie zbyt gorącego ubioru zwłaszcza w młodym wieku. Zbyt ciepłe ubranie nie tylko przyczynia się do rozrostu gruczołów potnych, ale i zwątla tkankę łączną je otaczającą, zwątla mięśnie, a przeto skłonnym czyni ustrój do przeziębienia. Przecieplania więc czy to jednorazowego, czy stale podtrzymywanego, równie jak przeziębiania wystrzegać się należy, bo przecieplenie najsnadniéj prowadzi do przeziębienia.

Szczególniéj za niebezpieczne uważam wszelkie szale i szaliki, które skórę na szyi zwątlają, to znów odrzucone łatwo na wniknięcie zaczynów chorobowych ją narażają. Dlatego najlepiéj przyzwyczaić się i dzieci do zupełnego obnażania szyi, lub noszenia lekkiéj tylko krawatki, a będzie to podobnie nieszkodliwém jak jest obnażanie twarzy i rąk. Szale zachować do podróży, tudzież dla osób słabych i dla dziatek, gdyby miały być przenoszone w czasie wiatru lub słoty. Futra powinny być z ubrania dziecięcego i młodzieńczego (wyjąwszy w podróży) zupełnie wykluczone.

3) Z tego samego powodu nie należy przyzwyczajać dzieci do spania pod zbyt ciepłém nakryciem, ani w puchach, ani w zbyt gorących pokojach. 10—12 R° jest dostateczną ciepłotą dla sypialni młodzieży; dla niemowląt ciepłota sypialni musi być znacznie wyższą, zwłaszcza jeśli mają zwyczaj rozkopywać wszelkie nakrycia, bo wilgoć przy zmoczeniu się i obnażenie ciała właśnie naraża je na wnikanie zaczynów chorobowych czyli przeziębienie.

4) Przyzwyczajenie dzieci do chodzenia boso jest stósowne, ale tylko w letniéj porze. W zimie mogłyby dzieci w pokojach ogrzanych także boso chodzić, jeśli zaś mają wyjść na pole, powinny mieć nogi ciepło zaopatrzone.

Obuwie tak dla dzieci jak i dla starszych powinno być zawsze nieprzemakalne i przestronne; skarpetki w lecie pojedyncze cienkie, w zimie podwójne, (na większe mrozy jedna para wełnianych). Skarpetki powinny być często zmieniane, bo łatwo potem przesiąkają.

5) Starsze osoby, czy to mężczyźni czy kobiety, zwłaszcza skłonne do nieżytów, gośćca lub zimnic, powinny nosić na gołém ciele kaftanik jedwabny lub wełniany i ciepłe (np. barchetowe) majtki, materyje te bowiem zatrzymują w swéj gęstéj tkaninie zaczyny chorobowe, z drugiéj strony chronią skórę od powstawania w niéj prądów dośrodkowych, a doświadczenie stwierdza, że osoby bardzo skłonne do nieżytów, od czasu kiedy poczęły nosić pod koszulą kaftaniki i w najgorszych porach uchronione zostają od katarów. Kto się jednakże do nich przyzwyczai, nie powinien ich zdejmować

i w lecie, wyjąwszy tylko na noc. Dla osób, które przebyły już gościec, polecić należy noszenie sarnich majtek i takiegoż kaftanika w zimie zwłaszcza w podróży; najlepiéj ochronią one ustrój od szkodliwych zaczynów.

6) Futra tylko lekkie dla starszych osób są wskazane i nie powinny pierwéj być używane, aż się zima na dobre ustali. We futrze najłatwiéj zapocić a tém samém zaziębić się można. Kto przyzwyczai skórę do futra (to znaczy rozszerzy jéj naczynia, rozszerzy przewody gruczołów potnych), ten naraża się przy zdjęciu tegoż najsnadniéj na przeziębienie. Futra ciężkie i długie tylko w drogę są stósowne.

Wprawdzie chłopek nasz chodzi w ciężkim kożuchu a nie łatwo się przeziębi, ale bo téż trzyma on się zazwyczaj tego przysłowia: „Do św. Ducha nie zdejmuj kożucha, po św. Duchu chodź w kożuchu.“ Tym sposobem unika przeziębienia. Palto dobrze watowane po kolana sięgające jest najodpowiedniejszém ubraniem wierzchniém dla młodzieży a może i dla starszych osób na zimę w mieście. Przy zatrudnieniach gospodarskich na wsi juchtowe buty i kożuszek zapewne są najodpowiedniejsze.

7) Dobrym środkiem przeciw nieżytom częstym jest obmywanie nóg zimną wodą codziennie rano, podobnie jak to czynimy z rękami i twarzą, hartują się przez to nogi podobnie jak ręce i twarz. Początkowo musi być noga ledwie zamaczana w zimnéj wodzie i natychmiast do sucha wytarta. Po włożeniu skarpetki tak samo postępuje się z drugą nogą. Późniéj mogą nogi i dłużéj zostawać w styczności z zimną wodą bez niebezpieczeństwa zaziębienia.

8) Jak skórę, tak należy jamę ust połyku i migdałki hartować przez płukanie zimną wodą. Zbytnie powiększone migdały najlepiéj usunąć. W przeciwnym razie stają się gniazdem dla zaczynów chorobowych, a przez to ustawicznym ulegają zapaleniom. Pomazywanie roczczynem kamienia piekielnego po części hartuje migdały ściągając ujścia gruczołów łojowych, ale częstokroć nie wystarcza.

9) W czasie nagminnie panujących chorób czyto gardła (błonicy) czy wysypek ostrych, czy krztuśca, nie należy dzieci do lat 6ciu wcale wypuszczać z domu, a i starszym dzieciom nie powinno się dłuższy czas pozwalać przebywać na polu, zwłaszcza na przeciągach przed sienią, na balkonach, lub na wietrze i słocie. Doświadczenie bowiem uczy, że przeziębienie i zakażenie chorobami wysypkowemi albo błonicą najskwapliwiéj następuje, jeśli na powierzchnię ciała, zwłaszcza rozgrzaną, choćby dość ograniczoną, działa przez dłuższy czas i równocześnie zimno, wiatr i wilgoć. Te trzy czynniki bowiem razem działając najwięcéj skórę oziębiają, zmieniają prąd przeziewu a przytém najwięcéj zarodków pędzą ku skórze. Obawa przed przeciągami od wieków zakorzeniona, jakkolwiek musi być przesadzona, przecież nie jest urojoną. Chwilowe działanie jednego z tych 3ch czynników zazwyczaj nie wystarcza, dlatego szczególniéj dłuższego ich współdziałania wystrzegać się należy.

Jeżeli jednak ciało jest zbyt rozgrzane, gruczoły potne otwarte, wtedy jeden podmuch zimniejszego powietrza wystarcza do wpędzenia w ustrój zaczynów przeziębnych. Dlatego nie należy pozwalać dzieciom przebywać w miejscowościach przepełnionych gorącą parą (np. w czasie prania bielizny), bo wyszedłszy na wiatr w jednéj chwili ciężko przeziębić się mogą.

10) Smarowanie ciała oliwą stósowane już u Greków i Rzymian przez szermierzy dla nadania skórze połysku i jędrności, może być dobrym środkiem ochronnym przeciw przeziębieniom, przeciw zimnicy w okolicach zimniczych i przeciw panującym innym chorobom zakaźnym, gdyż zatyka pory tj. bramy wpustowe dla zaczynów chorobowych.

11) Pierwsze objawy gośćca lub błonicy należy odrazu starać się przerwać za pomocą kwasu salicylowego, lub salicylanu sodowego (5—6 gramów w 200 częściach wody i ulepku co godzina po łyżce stołowéj podawać dorosłym, dzieciom 1—3 gramów na dobę stósownie do wieku), przytém chorzy muszą leżeć w łóżku, bo zwykle obficie się pocą.

12) Po ustaniu przypadów chorobowych należy jeszcze kilka dni odpowiednio do ciężkości przypadku zatrzymać chorego w domu i podawać mu w małych dawkach kwas salicylowy.

13) Należy publiczność pouczyć, iż im wcześniéj w chorobach tych leczenie właściwe będzie zastósowane, tém pewniéj chorzy mogą być uchronieni od kalectwa a nawet śmierci.

14) Zakłady hydryjatryczne wielkie oddają usługi publiczności przez zahartowanie skóry osób z tychże zakładów korzystających przeciw tak zwanym wpływom atmosferycznym, właściwiéj mówiąc przeciw zaczynom chorobowym.

III. Oceny i sprawozdania.

T. Spencer Wells: **O rozpoznawaniu i chirurgicznem leczeniu guzów brzusznych**. *(Sammlung klin. Vortraege* Nr. 148 — 150.)

Rok rocznie wybiera w Londynie *College of Surgeons* najznakomitszego z pośród siebie na objęcie katedry ku uczczeniu Huntera ustanowionéj nadając mu zaszczytny tytuł „Hunterowskiego profesora chirurgii i patologii“. W bieżącym roku padł zaszczyt ten na sławnego owaryjotomistę Spencer Wellsa, który z obowiązku swego wywiązuje się należycie ogłaszając sześć wykładów o powyżéj namienionym przedmiocie. Nie jestto przedmiot nowy, bo obrabiany w ostatnich dziesiątkach naszego stulecia przez bardzo wielu i to przeważnie sławnych lekarzy; sam Wells zabierał w nim już po kilkakroć głos, najdobitniéj po ukończeniu piątéj setki owaryjotomij, a jednakże każdy kogo przedmiot ten obchodzi z pewną gorączkową niecierpliwością chwyta za najnowsze zeszyty klinicznych wykładów Volkmanna, w których pojawiła się praca Wellsa w tłumaczeniu niemieckiém przez jego asystenta Dra Junkera wykonaném; ale bo téż obecne wykłady są owocem spostrzeżeń z 900 przypadków owaryjotomij; liczba to tak poważna, że samo jéj wymienienie wystarcza za polecenie. Tylko ze względu na brak miejsca, jak również z tego powodu, że nie zgadza się to z założeniem naszego czasopisma, nie podajemy dosłownego tłumaczenia tych wykładów, pośpieszamy jednak z krótkiém streszczeniem, ażeby przynajmniéj w głównych zarysach zapoznać z nią naszych Czytelników, bo nie wątpimy, że każdy specyjalista czerpać będzie z samego źródła.

Przedewszystkiém zwraca autor uwagę na dokładne wywiady a celem ułatwienia tychże jakotéż i właściwego badania podaje szemat w kształcie tabliczki zawierający systematycznie ułożone pytania, w który należy wciągnąć stósowne odpowiedzi. Są one rzeczywiście wyczerpujące i dlatego jako nader praktyczne są do nabycia osobno po miernéj cenie w księgarni nakładowéj Breitkopfa i Härtla w Lipsku.

Mówiąc o rozpoznaniu nie przechodzi szczegółowo

i systematycznie wszystkich punktów rozpoznawczych, jak je zazwyczaj znachodzimy w książkach; dlatego mniéj kwalifikuje się ten sposób dla początkującego, tém więcéj zaś dla wprawionych, gdyż znajdą oni tutaj luźne uwagi (licznem a własném doświadczeniem poparte i najczęściéj na przykładach wyjaśnione), gdzieindziéj nie znachodzące się lub mniéj dobitnie wytknięte.

Tym rzeczom poświęcone są dwa piérwsze wykłady; następujące cztery omawiają leczenie chirurgiczne, które też obrobione jest więcéj *con amore* i zdradza u Wellsa więcéj praktyczny niż teoretyczny kierunek.

Przystępując do sposobów leczenia omawia W. przedewszystkiém punkcyję i potrzebne do niéj narzędzia; trokar Thompsona ze swą poprawką uważa za najstósowniejszy; punkcyję radzi wykonywać na leżącéj choréj, co czyni zbytecznem wszelki ucisk na brzuch i chroni od zemdlenia. W przypadkach prostego jednokomorowego torbiela może zwykła lecz dokładnie wykonana punkcyja wyleczyć doszczętnie, dlatego téż radzi W. wykonać ją zawsze przed przystąpieniem do ważniejszych rękoczynów, témbardziéj, że do świadczenie jego poucza, iż ona bardzo mały wpływ wywiera na cyfrę śmiertelności przy późniéj wykonanéj owaryjotomii. Przez pochwę lub prostnicę radzi tylko wtenczas nakłuwać, jeżeli torbiel jest bardzo ku dołowi zepchnięty a więc tamtędy przystępny. Drenowanie torbiela po punkcyi nazywa niebezpieczném a po otwarciu jamy brzusznéj tylko postępowaniem z konieczności, jeżeli owaryjotomija rozpoczęta nie może być ukończoną. Co zaś do ostatniéj operacyi, to zwykł W. trzymać się następującéj zasady: Dopóki chora stosunkowo się dosyć dobrze ma i bez zmęczenia może chodzić przez pół godziny i po schodach, dopóki się nie pojawiają przypady znacznego ucisku na trzewa brzucha i miednicy, dopóki niema utrudnienia w oddychaniu i czynności serca, dopóty trzeba ograniczać się do terapii uśmierzającéj, paliatywnéj.

W dalszym ciągu przystępuje autor do opisu saméj operacyi. Znachodzimy tam szczegóły, których w streszczeniu podać nie podobna jako bardzo ważne; zaznaczymy tylko, że do narkozy używa za pomocą przyrządu Junkera dwuchlorku metylu *(Metylen-bichlorid)* jako zdaniem jego najpewniejszego i nie sprowadzającego wymiotów; że oświadcza się za użyciem klamry jako sposobu, przy którym śmiertelność była najmniejszą, nie wykluczając naturalnie i innych sposobów, osobliwie przewiązki, któréj w niektórych przypadkach koniecznie użyć należy; że w użyciu sączka ogranicza się tylko do tych przypadków, gdzie już podczas operacyi zachodzi obawa nagromadzenia się krwi, surowicy lub ropy w jamie otrzewnowéj; że jakkolwiek z dawniejszego sposobu oprawy ran niemiał przyczyny być niezadowolonym, przecież przystąpił do szeregu tych, którzy używają oprawy przeciwgnilnéj, z tą tylko odmianą, iż zamiast karbolu używa w mgle (spray) tymolu jako mniéj drażniącego trzewa.

Nader pouczającemi są otwarte i szczere zeznania popełnionych błędów, jak np. przypadki pozostawienia w jamie brzusznéj gąbek lub nawet narzędzi, gdyż dowodzą one z jaką skrupulatnością trzeba zabierać się do téj operacyi, osobliwie niewprawnym, skoro takie przypadki wydarzają się tak zawołanym mistrzom. Śmiertelność owaryjotomii obliczona z 900 przypadków S. Wellsa wynosi średnio 24,5%.

W końcu umieścił autor spis owaryjotomij wykonanych podczas ciąży (10 przypadków z 1 przyp. śmierci) i 30 niedokończonych owaryjotomij (z 13 przyp. śmierci.) *A. O.*

Krishaber: **Laryngotomija wykonana na chorym, cierpiącym na wole** *(struma)*.

Na posiedzeniu odbytém w dniu 8 października odczytał Dr. K. paryskiemu Towarzystwu Lekarskiemu rozprawę o wykonanéj przez siebie z dobrym skutkiem laryngotomii na chorym, który oddawna cierpiąc na wól, doznał tak silnego ścieśnienia tchawicy, że do ostatecznych granic doprowadzone utrudnienie czynności oddechowych groziło niechybnym zgonem chorego. Miejsce ścieśnione znajdowało się w pobliżu rozgałęzienia się tchawicy, zachody więc operacyjne w klasyczném pojęciu laryngotomii nie mogły rokować powodzenia, raz dlatego, że kanula niedosięgłaby miejsca ścieśnionego, powtóre, że dla rozcięcia tchawicy musiał poprzednio przeciąć rozrosty i bardzo unaczyniony gruczoł tarczykowy i narazić chorego na śmiertelną utratę krwi, lub niedokończyć rozpoczętéj operacyi; wyłuszczenie zaś gruczołu rozrośniętego, uwzględniając jego rozmiary, zrosty z ważnemi narządami ościennemi, oraz obfite unaczynienie, okazało się niewykonalném. Nim przypady duszności doszły ostatecznych granic, podał choremu wewnętrznie jodek potasu, oraz wcierania rtęciowe w okolicę tarczykową szyi, lecz lekowanie nie mogło być stósowaném przez czas dłuższy, gdyż po kilku już dniach nagle chory wyrzucił przez usta znaczną ilość ropy, pochodzącéj z zapalnego ogniska jednego płatu gruczołu tarczykowego; ropa dostała się do tchawicy przez zanikłe w skutek ucisku i przedziurawione ściany tego narządu. Przypady duszności były tak groźne, że zgon chorego zdawał się już być bardzo blizkim i w takich to okolicznościach przystąpił K. do laryngotomii, kierując się następującemi wskazówkami: ominąć miejsce owrzodzone tchawicy, cięcie poprowadzić w przestrzeni międzychrząstkowéj tarczykowo-pierścieniowéj, wprowadzić do tchawicy najgrubszą kanulę, przez nią założyć sondę przełykową i za jéj pomocą przebyć miejsce ścieśnione, potém tę sondę zastąpić drugą, nieco grubszą itd., aż się tchawica rozszerzy na tyle, że da się wprowadzić sonda takiéj średnicy, przy któréj oddychanie mogłoby się bez utrudnienia odbywać i tę ostatnią pozostawić w miejscu na czas nieograniczony. Wskazania powyższe zostały dopełnione z całą ścisłością i zachody chirurga uwieńczyło zupełne powodzenie. Dla zapobieżenia krwotokowi posłużył się K. nożem rozpalonym za pomocą żegadła Paquelina *(Thermocauterium)*.

Chory, o którym mowa, uważany już za konającego, dzięki śmiałym i rozumnym usiłowaniom Dra K. znajduje się dziś w takiém położeniu, że bezpośrednio nic jego życiu nie grozi. *(Le Progrès Medical)*. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Studgaat: **Wydobycie ciała obcego z jelita grubego przez rozcięcie ściany brzusznéj i odpowiedniego jelita.**

Na ostatniém posiedzeniu towarzystwa chirurgicznego w Paryżu odczytał profesor Tillaux w imieniu Dra Studgaata opis rękoczynu, dokonanego na chorym, który ulegając zboczeniom zmysłu płciowego wprowadził sobie do odbytnicy znacznych rozmiarów słoik od korniszonów.

Usiłowania wydobycia ciała obcego za pomocą narzędzi chirurgicznych nie doprowadziły do żadnych rezultatów; Studgaat rozszerzył ujście jelita prostego cięciem, sięgającém do kości ogonowéj, torując w ten sposób drogę swéj ręce, lecz nie mogąc zwalczyć zawady, którą stawiało *promontorium*, znalazł się w zupełnéj niemożebności wyprowadzenia ciała obcego tą samą drogą, którą wprowadzoném

zostało. Uwzględniając bardzo groźny stan chorego, postanowił Studgaat działać stanowczo; cięciem poprowadzoném od pępka do spojenia łonowego otworzył on jamę brzuszną, drugiém cięciem ściany jelita grubego utorowaną została droga ciału obcemu, które zalegało w zagięciu esowatém; na obie rany Studgaat nałożył szwy; dalszy przebieg gojenia się nie przedstawiał nic osobliwego, a chory dzięki śmiałym zachodom Studgaata w zupełności wyzdrowiał.

Ponieważ Drowi Studgaatowi znany już jest podobny przypadek, również pomyślnie zakończony, zapytał on areopag paryskich chirurgów, czy wzięcie się do noża w podobnych okolicznościach jest uzasadnioném, czy stowarzyszenie chirurgów uświęca swém upoważnieniem tę operacyję? W dlugiéj dyskusyi zabierali glos: Tillaux, Verneuil, Desprès, Lucas-Championnière i inne powagi, zdania zachowawcze zostały wypowiedziane z całym naciskiem, z tém jednak zastrzeżeniem, że jeśli chirurg po zupełném zużyciu wszystkich środków i zabiegów dochodzi do przekonania, że jedyna nadzieja uratowania chorego jeszcze pozostaje w otworzeniu jamy brzusznéj, wówczas nie tylko może, ale powinien przystąpić do usunięcia ciała obcego przez nacięcie ścian brzusznych i jelitowych. *(Le Progrès Medical.)*

Dr. A. Kwaśnicki.

Jeannel i Bellini: **Odtrutki w otruciach.**

We Francyi dążą do tego, by wynaleść środek, któryby przy wszystkich zatruciach jako odtrutka użyty być mógł, i któryby gotowy przechowywać można. Jeannel poleca utrzymywać w zapasie: 1) rozczyn siarkanu żelazowego; 2) mięszaninę z 80 gm. tlenku magnowego, 40 gm. węgla zwierzęcego i 800 gm. wody. W razie potrzeby rozczyny powyższe mięszają się razem i zadają po 50—100 gramów. Arsen, cynk i naparstnica stają się pod wpływem téj mięszaniny nierozpuszczalne, kwasy wolne zostają zobojętnione; zaś niezupełnie rozkładają się podchloryny metaliczne i sole miedziowe. Morfin i strychnin pozostają w małéj ilości w rozczynie, zaś sole rtęciowe w znacznéj ilości. Prof. R. Bellini zwraca uwagę na jodek skrobiowy, który przez Bouchardata i Quesneville'a jako lek używany bywa tam, gdzie żołądek innych połączeń jodowych nie znosi. Połączenie to poleca prof. Bellini jako odtrutkę w zatruciach siarczkami i siarkanami alkaliów jakotéż ziem alkalicznych, następnie w zatruciach alkalijami gryzącemi jakotéż alkaloidami. Nadto z dobrym skutkiem bywa używany przy zatruciach chronicznych metalami, mianowicie ołowiem i rtęcią. Prof. B. radzi po zadaniu téj odtrutki, zadać lek wymiotny, w celu wydalenia utworzonych połączeń, któreby się przy dalszém pozostaniu w żołądku napowrót rozłożyć mogły. *(Czasop. Tow. Aptek.* 1878, 19).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne III w dniu 19 października 1878 r.

1) Prezes Stowarzyszenia Prof. Dr. Korczyński zagaił posiedzenie wzywając zgromadzonych do oddania przez powstanie z miejsc czci należnéj dwom zmarłym członkom honorowym prof. Dr. Dietlowi Józefowi i Dr, Gałęzowskiemu Sewerynowi.

2) Na podstawie wniosku komisyi sprawdzającéj rachunki z roku zeszłego a złożonéj z prof. Dra Blumenstoka i Dra Radka udzielono Wydziałowi Stowarzyszenia absolutoryjum.

3) Podskarbi Dr. Paszkowski przedkłada sprawozdanie kasowe, z którego wynika, że dochód od 1 lipca 1877 do 15 października 1878 wynosił 568 złr. 80 kr. (a mianowicie z wkładek wstępnych 65 złr., ze składek rocznych 307 złr. 68 kr., ze sprzedaży podręcznika Gurlta 1 złr., z odsetków 155 złr. 1 kr., zwrot kosztów nakładu dzieł 40 złr. 11 kr.), zaś rozchód 295 złr. 10 kr. (a mianowicie wydatki administracyjne 15 złr. 50 kr., nakład laryngoskopii Dra Jurasza 279 złr. 60 kr.), tak że pozostaje z końcem roku nadwyżka w kwocie 273 złr. 10 kr. Połowa nakładu pedyjatryi Steinera awansowana przez prof. Dra Jakubowskiego została takowemu zwróconą z funduszu otrzymanego ze sprzedaży dzieła.

Majątek Stowarzyszenia z dniem 15 października 1878 składa się z nierozprzedanych nakładów i z sumy 2303 złr. 67 kr. (a mianowicie 2171 złr. 37 kr. umieszczonych w zakładzie kredytowym ziemskim i w Kasie Oszczędności na 6% i 132 złr. 30 kr. pozostałych w kasie podręcznéj).

4) Zgromadzenie przyjmując do wiadomości powyższy stan kasy wybrało do sprawdzenia rachunków Doc. Dra Grabowskiego i Dra Lutostańskiego.

5) Sekretarz Dr. Kwaśnicki odczytał następujące sprawozdanie o stanie stowarzyszenia:

Wydział Stowarzyszenia postanowił odłożyć zwyczajne zgromadzenie ogólne Członków, które w poprzednich latach odbywało się w miesiącu lipcu, na miesiąc październik, powodując się w téj uchwale względami administracyjno-wydawniczemi.

Jeśli ilość Członków Stowarzyszenia nieco się nawet i powiększyła, przez wpisanie się dwóch członków czynnych i 3ch prenumeratorów, tak że liczba ogólna członków czynnych w bieżącym roku wynosi 143, a prenumeratorów 20, to przez śmierć dwóch członków honorowych prof. Dietla i Dra Seweryna Gałęzowskiego w Paryżu, poniosło Stowarzyszenie dotkliwą i niewynagrodzoną stratę moralną. Obecnie Stowarzyszenie liczy wszystkich członków 165.

Wierny założeniu, wyrażonemu w statucie, Wydział Stowarzyszenia i w tegorocznych czynnościach usiłował rozbudzić samodzielny ruch naukowo-literacki między pisarzami naszymi, i dlatego, zamiast tłumaczeń podręczników, któreby ułatwiły wykazanie się obfitszym wynikiem jego zabiegów, nie waha się on stanąć przed zgromadzeniem z jedną tylko książką, lecz będącą płodem polskiego pisarza, książką bezwarunkowéj wartości, przychylnie przyjętą przez ogół lekarzy, a wypełniającą znaczną lukę w zbiorze podręczników ucznia medycyny i lekarza praktycznego. Rozpatrzywszy się w swych funduszach uznał Wydział za rzecz dla siebie możebną rozesłać członkom i prenumeratorom bezpłatnie Laryngoskopiję Dra Jurasza, przeznaczając cenę 2 złr. 25 c. dla niečłonków. Staranność wydania, papier, rysunki, oraz styl, którego wygładzenie wydział zawdzięcza życzliwéj i kompetentnéj pomocy prof. Janikowskiego, zapewne już zwróciły uwagę członków Stowarzyszenia i znalazły ich uznanie. Obecnie Dr. Jurasz przygotowuje „Choroby krtani“, a praca ta będzie drugim i ostatnim zeszytem jego dzieła.

Wydział Stowarzyszenia miał już w swym ręku rękopism Dra Widmanna „O chorobach serca i naczyń“. Nie wyprzedzając sądem wyjście dzieła z pod prasy, Wydział może poręczyć, że opierając się na zdaniu kompetentnéj osoby, która rękopism przejrzała, nabrał on gruntownego przekonania o naukowéj i pedagogicznéj wartości pracy Dra Widmanna. Dr. Krówczyński przygotowuje podręcznik Syfilidologii, którego braku któż u nas nie odczuł; dotychczasowe prace Dra Krówczyńskiego, umieszczane w czasopismach peryjodycznych, zapewne będą rękojmią szanownemu Zgromadzeniu, że Syfilidologija zaliczoną będzie do dzieł, które przynoszą zaszczyt Stowarzyszeniu.

Szanowne Zgromadzenie przekonać się może, że pracami zapowiedzianemi Wydział ściśle przestrzega zasad statutu, gdyż ustawicznym celem jego zabiegów jest przysporzenie literaturze ojczystéj dobrych podręczników i rozbudzenia ruchu literackiego między kolegami; nie może on przedsiębrać przekładów z dzieł obcych, raz dlatego, że istnieje już wydawnictwo tego rodzaju, powtóre, że i środki Stowarzyszenia nie pozwalają mu puszczać się na ryzykowność takiego przedsiębiorstwa, w którém, przy ogromnym ruchu pisarskim zagranicy, najlepsze podręczniki po

roku swego bytu, często uznane bywają za stare i tracą na wartości i pokupie.

Zastanowiwszy się nad stanem funduszów oraz nad stosunkami z naszemi powagami pisarskiemi, Wydział nie przestaje wierzyć, że potrafi przełamać wszystkie trudności i ufa, że wytrwałością na obranéj drodze uda mu się przemódz niewiarę i zniechęcenie, które doprowadziły nas do bezczynności i dlatego odwołuje się on do wszechstronnego poparcia Członków, które jedynie może mu zapewnić środki do dopięcia wytkniętego celu, i liczy na połączone siły dobrą wolą ożywionego ogółu Stowarzyszenia.

6) Na wniosek Wydziału Stowarzyszenia wybrano jednogłośnie członkiem honorowym Doc. Dra Antoniego Jurasza w Heidelbergu.

7) Na wniosek prof. Dra Blumenstoka uchwalono pozostawić uznaniu Wydziału Stow., czy nie byłoby korzystniejszém wydawać dzieła pojedyńczemi zeszytami.

8) Zgodnie z wnioskiem Wydziału uchwalono, by Zgromadzenia ogólne zwyczajne odbywały się zawsze w Październiku, nie zaś w lipcu, jak dotąd bywało.

9) Przewodniczący zamykając posiedzenie wezwał obecnych do popierania celów Stowarzyszenia, które przy chętnéj pomocy kolegów może oddać prawdziwe usługi piśmiennictwu naszemu.

Dr. Kwaśnicki, sekretarz.

V. Rozprawy Sejmowe nad statutem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

II. Rozprawa szczegółowa.

Prezes Majer wnosi, aby zamiast nazwy „asystentów“ umieszczono nazwę „sekundaryjuszów“. (Przyjęto).

P. hr. Krukowiecki: W §. 11 powiedziano: „Prymaryjuszów mianuje Wydział krajowy na przedstawienie dyrektora, zaopiniowane przez komitet administracyjny“. Tymczasem w §. 16 czytam: „W zakładzie dla położnic pełni służbę akuszerka, którą Wydział krajowy mianuje na przedstawienie fakultetu lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego“. Zachodzi tu więc tylko ta mała różnica, że o uzdolnieniu prymaryjusza ma wydać opinję komitet administracyjny, a o uzdolnieniu akuszerki fakultet lekarski, i dlatego sądzę, że w tym artykule 11. byłoby bardzo właściwie dodać: „na podstawie opinii lekarskiego fakultetu“. Posada ta jest bardzo ważna. W tym względzie właśnie wypowiedział zdanie p. Biesiadecki i p. Szujski, którzy chcą, aby te Wydziały nie były pomijane i ażeby ten prymaryjusz działał w porozumieniu z kliniką, ponieważ w klinice lekarskiéj lepiéj wiedzą o zdolnościach profesora. Dlatego należy po wyrazach „na przedstawienie dyrektora“, umieścić: „zaopiniowane przez wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego“.

P. Hoszard: Nie zgadzam się z poprawką posła Krukowieckiego, a to dlatego, że fakultet lekarski krakowski nie jest autonomiczną, tylko państwową instytucyją. Kiedy już mamy ten rozdział, to pilnujmy go i w tym względzie. Dyrektor, komitet administracyjny, są organami, które powinny przedstawiać kandydatów, których potém Wydział krajowy mianować będzie, ale nie uważam za stosowne, aby wydział lekarski, jako władza nie autonomiczna, do tego wchodził.

P. Majer: Do tego paragrafu nie zadyktowałem uwag, albowiem starałem się pierwéj wyrozumieć tak p. sprawozdawcę komisyi, jako téż referenta Wydziału krajowego, a nie znajdując ich przychylnymi myśli przez p. Krukowieckiego podniesionéj, dla uniknienia obszernych rozpraw skłaniałem się ich urzeczywistnienie pozostawić czasowi. Skoro jednak sprawę tę poruszono, pojmiecie panowie, że milczeć mi nie wolno, a przemawiając muszę oświadczyć się w tym duchu, w jakim p. Krukowiecki swój wniosek uczynił. W sprawozdaniu komisyi brzmienie tego paragrafu jest takie: „Prymaryjuszów mianuje Wydział lekarski na przedstawienie dyrektora, zaopiniowane przez komitet administracyjny“. Prawdę powiedziawszy, cała rzecz polegałaby na dyrektorze, bo w komitecie administracyjnym znajduje się tylko jeden lekarz, jeden profesor, a zresztą członkowie administracyi. Zatém Wydział krajowy na tém by tylko polegać musiał. Wprawdzie Wydział krajowy w swoim składzie ma członka, któremu nie są obce stosunki lekarskie, jednakże dla samego Wydziału, a przedewszystkiém dla referenta spraw szpitalnych, mogłoby być pożądaną rzeczą, ażeby miał opinię z takiéj strony, którąby bądź co bądź mogła dać opinię ze znawstwem. Któż zaś może lepiéj znać uzdolnienie kandydata, jak wydział lekarski, którego może z nader małym wyjątkiem są oni wychowańcami, których zdolność i gorliwość w pełnieniu obowiązków najlepiéj też ocenić on może. Nie chcę tutaj przesądzać rzeczy w ten sposób, ażeby, że tak powiem, punkt ciężkości miał spoczywać na wydziale lekarskim. Rozumiem, że ostateczne orzeczenie powinno zależeć od władzy autonomicznéj, mianowicie od Wydziału krajowego; wniosek więc, który popieram, zmierza jedynie do tego, ażeby władza, od któréj ma zależeć owo orzeczenie, miała do tego drogę ułatwioną, znajdując kwalifikacyje kandydatów roztrząśnięte wszechstronnie. Wszakże w innych sprawach Wydział krajowy decyduje ostatecznie, a mimo to według ustawy jest obowiązany zasięgać zdania Akademii. Wydział krajowy może przedstawienie zatwierdzić lub od niego odstąpić z tém spokojniejszém sumieniem, im obszerniejszą do tego mieć będzie podstawę. Tak tedy uznając prawa władzy autonomicznéj pragnąłbym uwydatnić to i w tym względzie, ażeby przedstawienie nie wychodziło wprost z wydziału lekarskiego, jak zdaje się opiewać wniosek p. Krukowieckiego, lecz z komitetu administracyjnego, po zasięgnięciu zdania lekarskiego wydziału. Ponieważ w komitecie administracyjnym referentem jest dyrektor szpitalny, i on zatém mieć będzie sposobność objawienia swojéj opinii. Ostatecznie więc proponuję następującą redakcyję: „Prymaryjuszów mianuje Wydział krajowy na przedstawienie komitetu administracyjnego po zasięgnieniu opinii Wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego“.

P. hr. Krukowiecki. Ja przystępuję do wniosku p. Majera.

Sprawozdawca p. Wernicki. Wydział krajowy może się informować pod względem kandydatów, którzy się będą podawać na pewne posady lekarskie, ale włożyć to nań jako obowiązek nie podobna. Mogą to być kandydaci, którzy ukończyli naukę w innych uniwersytetach, otóż mnie się zdaje, że w tym razie nie mogłaby być opinija wydziału lekarskiego uniwersytetu jagiellońskiego wystarczająca i nie możnaby na niéj polegać. Praktyka wykazuje, iż rzeczywiście bardzo często Wydział krajowy w tym względzie odnosi się z zapytaniem do wydziału lekarskiego i otrzymuje ztamtąd informacyję; jednakże, aby go do tego zobowiązywać, z tém żadną miarą zgodzić się nie mogę, i dlatego będę przytém obstawał, że: „Prymaryjuszów mianuje Wydział krajowy na przedstawienie dyrektora, zaopiniowane przez komitet administracyjny.“ Propozycyja nie wychodzi więc z komitetu, ale od dyrektora. Jestem więc przeciwny poprawce p. Majera.

Wniosek p. Majera przyjęto.

P. Majer. Moja poprawka do §. 12 będzie właściwie tylko powtórzeniem i streszczeniem albo raczéj zastosowaniem do praktyki tego, co mój kolega rektor Szujski, tudzież p. referent spraw lekarskich tutaj już rozwinął. §. 12. opiewa: „Prymaryjuszem w zakładzie położnic jest każdoczesny c. k. profesor położnictwa. Obowiązki służbowe tego prymaryjusza względem zakładu są te same, jak innych prymaryjuszów.“ Do tego paragrafu proponuję następujący dodatek: „Ten sam stosunek innych oddziałów szpitalnych do klinik uniwersyteckich, a w szczególności kliniki chorób skórnych i syfilitycznych, nadal w miarę sposobności ustanowionym być może.“ Uważacie panowie zapewne, na czém polega różnica mego wniosku od tego, co się dotąd praktykowało; widzicie panowie, że przekonanie moje zgadza się z tém, jakie rozwinął kolega Szujski. Nie są mi jednak tajne trudności, dla których rzecz ta na teraz w wykonanie wprowadzićby się nie dała. W obec tych trudności nie wnoszę téż, ażeby takie stosunki, o których tu mowa, obecnie już w wykonanie wprowadzone być miały; chciałbym wszelako, ażeby statut możności tego wykonania nadal nie wykluczał. Gdby tak zostało, jak projekt statutu opiewa, mógłby zdarzyć się przypadek, że już sam Wydział krajowy upatrywałby korzyść w zjednoczeniu jakiego szpitalnego oddziału z katedrą profesora jednéj z klinik uniwersyteckich, a mimo to nie miałby do tego prawa, i znalazłby się w tém trudném położeniu, że dla przeprowadzenia swego zamiaru musiałby poprzednio oczekiwać odpowiedniéj uchwały

Sejmu. Tymczasem wprowadzając do statutu poprawkę, którą proponuję, Wydział krajowy miałby zupełną wolność postąpienia tak, jakby mu dyktowało własne przekonanie. Z tego powodu, nie żądając, ażeby już teraz stosunki takie były ustanowione, chodzi mi jedynie o to, ażeby statut orzekł, że w razie sposobności a może i konieczności ich zaprowadzenia, nastąpić to może bez potrzeby zmiany w ustawie, którą zajmujemy się obecnie. Nic zatém z góry nie przesądzając, zostawiając tylko możność rozszerzania w miarę uznanéj potrzeby zakresu §. w mowie będącego, spodziewam się, że ci panowie, którzy przeciwko koledze memu Szujskiemu występowali w rozprawie ogólnéj, nie powinni mieć nic przeciw jego myśli w têm zastósowaniu, w jakiém podaję je w proponowanym przezemnie dodatku. Polecam zatém łaskawemu uznaniu wysokiéj Izby poprawkę: „Prymaryjuszem w zakładzie położnic jest każdoczesny profesor położnictwa. Obowiązki służbowe tego prymaryjusza względem zakładu są te same, jak innych prymaryjuszów. Ten sam stosunek innych oddziałów szpitalnych do klinik uniwersyteckich, a w szczególności chorób skórnych i syfilitycznych, nadal w miarę sposobności ustanowionym być może.“

P. Hoszard. Z tych samych powodów, jakie w ogólnéj rozprawie przytoczyłem, muszę się sprzeciwiać téj poprawce. Już wtenczas powiedziałem, że stosunek profesora i prymaryjusza równocześnie w téj poprawce podniesiony jest nadzwyczaj dla nas niekorzystny, albowiem poddaje zakład krajowy w głównéj, tj. lekarskiéj części pod władzę ministerstwa państwowego, a pozostawia władzom krajowym część poślednieszą i kłopotliwą, to jest administracyję i koszta, co na każdy sposób tylko na niekorzyść funduszu krajowego wypaść może. Z tego powodu nie mogę się zgodzić na wniosek p. Majera. Drugą uwagę nastręcza mi sam wnioskodawca, bo powiada, że teraz nie będzie ten stosunek wprowadzony i nie może być wprowadzony; tylko chce mieć poprawkę umieszczoną, ażeby kiedyś przy danéj sposobności można ją zastósować. Jeżeli kiedyś przyjdzie taka potrzeba, wtenczas wniesie się zmianę paragrafu tego w statucie tak, jak dziś przychodzimy ze zmianą w statucie kulparkowskim i rzecz będzie załatwiona. Dotąd nie widzę téj potrzeby, a zatém przeciw poprawce oświadczam się, zwłaszcza, że w statucie tylko takie postanowienia umieszczane być winny, które już obowiązywać mają, nie zaś takie, które w dalekiéj mglistéj przyszłości obowiązywać mogą.

P. Biesiadecki. Już w pierwszém przemówieniu wspomniałem, iż pożądaną rzeczą jest, ażeby była tego rodzaju klauzula w statucie, a to w interesie uniwersytetu. Jeszcze raz podnieść muszę, iż Rząd udając się do Wydziału krajowego w celu przeniesienia kliniki do szpitala, miał na oku li tylko interes uniwersytetu. Zmianę paragrafu, jaką proponuje szan. prezes Majer, zresztą nic nie przesądza, bo Wydział krajowy może zawrzeć układ z rządem lub nie. Co się tyczy uwag p. referenta, jakoby dualizm w jednéj osobie, tj. profesora podlegającego ministerstwu oświaty i prymaryjusza podlegającego Wydziałowi krajowemu, wpływał niekorzystnie na zakład szpitalny, to podnieść muszę, że taki dualizm trwa już lat kilka, gdyż profesor kliniki położniczéj jest prymaryjuszem oddziału położniczego z korzyścią dla zakładu tak dalece, iż stosunek ten niniejszym statutem ma być na dalsze lata zatwierdzonym. W sprawach administracyjnych podlega wprawdzie profesor Wydziałowi krajowemu, w sprawach naukowych jednak nie ministerstwu, lecz sam sobie, gdyż jest samodzielnym; nie ma więc i nie może być żadnéj kolizyi między profesorem jako człowiekiem nauki, a prymaryjuszem podlegającym Wydziałowi krajowemu.

P. Zyblikiewicz. Uderzyło mnie przemówienie ze strony referenta Wydziału krajowego, że na takiém stanowisku chce stanąć względem uniwersytetu, iż nawet obawia się furtki, wyraźnie powiadam furtki, połączenia jednego zakładu z drugim, jakoby uniwersytet jagielloński dla kraju i Sejmu i jego przyszłość była obojętną, że już dziś obawia się furtki możliwego połączenia kliniki ze szpitalem. Wniosek p. Majera nie dąży do niczego niebezpiecznego, nie dąży obecnie do żadnych nakładów większych, a gdyby kiedyś miały być większe te nakłady, to wtedy zależeć będzie od Sejmu dać lub nie. Ale żeby się dziś obawiać takiéj furtki, to mnie zastanawia, bo powiadam uniwersytet żaden, ani lwowski, ani krakowski uniwersytet dla kraju obojętnym być nie może. Jeżeli dotąd z powodów, o których niech mi będzie wolno zamilczeć, nie mogło przyjść do porozumienia z dyrektorem, to niezamykajmyż sobie furtki, ażeby porozumienie między profesorem uniwersytetu a zakładem szpitalnym nastąpić mogło. Jedno muszę powiedzieć na korzyść profesorów, chociaż ja właściwie ze stanowiska administracyjnego przemówić powinienem, jednak niech mi będzie wolno powiedzieć, że najpotulniejsi, najłagodniejsi, nigdy nie mogli być w zgodzie z dyrektorem szpitala. Otóż przynajmniéj nie stawiajmy myśli tak, ażeby furtkę zamykać dla uniwersytetu i kliniki, które ze sobą żyć w zgodzie mogą, a czy koszta będą, lub nie, dziś o têm nie ma co mówić, więc nie ma nakładów żadnych, a jeżeli będą koszta, natenczas ze stanowiska Sejmu i podatkujących wystąpię, ażeby koszta nałożyć, jeżeliby tego szpital lub uniwersytet wymagał.

P. Hoszard. Po surowém przemówieniu p. Zyblikiewicza widzę się zmuszonym odpowiedzieć parę słów. Imputował mi p. Zyblikiewicz, że ja się obawiam połączenia uniwersytetu ze szpitalem. Ja nie obwiam się połączenia, ale nie mogę przystać na to, iżby zakład krajowy poszedł w służbę ministerstwa państwowego w téj formie, w jakiéj panowie mieć chcecie. Sam uznaję, że połączenie jest potrzebne, jakto przy ogólnéj rozprawie powiedziałem, jednak nie chcę, aby profesorowie byli prymaryjuszami. Trzeba wiedzieć, że nawet czasu im na to nie wystarczy, jeżeli chcą być dobrymi profesorami, to zaniedbają prymaryjatu; są bowiem swojemi wykładami w klinice tak zajęci i cały swój czas tylko na profesurę obracać muszą, tak, że nie zostanie im tyle czasu, aby na oddziałach skutecznie jako prymaryjusze funkcyjonować mogli. Będą musieli wyręczać się sekundaryjuszami. P. Zyblikiewicz powiada, że ja mam niechęć do uniwersytetu krakowskiego. Oświadczam przeto, że nie tylko nie mam żadnéj niechęci, lecz owszem uznaję, że wydział lekarski uniwersytetu jagiellońskiego w Krakowie znakomite usługi oddał i oddaje nauce i krajowi, jednak zwracam uwagę na to, że nie zawsze tak być musi jak dzisiaj; dziś są ludzie odpowiedni, ale mogą przyjść czasy, że będą inni mniéj odpowiedni, a nawet wrogiéj nam narodowości.

P. Majer. Wszystko to uwzględniłem, co szanowny referent Wydziału krajowego powiedział. Jeżeli gdzie, to nasz kraj na stałość stosunków politycznych liczyć nie może, lecz pytam się, co w moim wniosku byłoby z góry przesądzoném? zkąd zatém miałaby wynikać jakakolwiek obawa? Wszak możność, którą proponuję, nie jest koniecznością; gdyby więc zbieg okoliczności zdawał się przemawiać przeciw właściwości zastósowania proponowanéj przezemnie poprawki, to władzy, od któréj to zależy, nicby do tego nie zmuszało. Gdyby zaś stan rzeczy był taki, iż od przymusu takiego uwolnić się nie można, to w takim razie nie byłoby co mówić i o całéj ustawie szpitalnéj. Mój zatém wniosek jest bardzo oględny, bo nie przesądzając niczemu dopuszcza możność, która, nie wątpię, że w swoim czasie może być bardzo pożądaną, i dlatego sądzę, że w téj formie bezpiecznie może być przyjęty.

P. Wesołowski. Dziwi mię to bardzo, że przy tak jasno stylizowanym §fie 12 mógł powstać spór. Paragraf ten postanawia, że prymaryjuszem jest każdoczesny profesor położnictwa. (Głosy. Nie o to rzecz idzie). Jednakże panowie wielka jest różnica między têm, czego Wydział krajowy sobie życzy, i co komisyja zaproponowała, a têm, co jest celem postawionéj poprawki. Ja sądzę, że poprawka ta, a raczéj dodatek jest zupełnie zbyteczny, skoro §. 12 powiada, że prymaryjuszem jest profesor położnictwa, czyli, że Wydział krajowy nie może już mianować prymaryjuszem tylko profesora położnictwa, jest nim z urzędu profesor. Nie wyklucza to bynajmniéj, by inny profesor był prymaryjuszem, lecz musiałby otrzymać nominacyję od Wydziału krajowego. P. referent Wydziału krajowego słusznie podniósł, że kraj musi ponosić koszta, a mianowanie należałoby do władzy rządowéj, gdyby profesorowie ipso facto byli prymaryjuszami. Mnie się zdaje, że wysoka Izba nie życzy sobie, by kraj opłacał wszystkie koszta, a rząd mianował prymaryjuszów. Sądzę zatém, że §. 12 niczém nie przesądza możności, by profesorowie byli prymaryjuszami i myślałbym, że dodatek p. Majera zupełnie jest zbędny.

P. Majer. Macie panowie możność decydowania jak wam się podoba. Nie chciałbym jednak, aby mojemu wnioskowi inną myśl poddawano, niż się w nim mieści istotnie, a taką myślą

byłoby twierdzenie, że w każdym razie profesor już przez to samo byłby prymaryjuszem, mianowicie przy zaprowadzeniu w danym razie takiego stosunku. Może w jakimś względzie redakcyja wniosku nie była dokładna, możnaby ją zatém uzupełnić pewnemi zastrzeżeniami, protestuję jednak przeciw temu, co w myśli mojéj nie było. Więcéj nie mam nic do powiedzenia.

Sprawozdawca P. Wernicki. Komisyja brała pod rozwagę obecną tylko potrzebę. Szanowny prezes Akademii powiada, że tu chodzi o przyszłość, a nie o teraźniejszość i chce, aby ustanowiono rzecz, któraby przesądzała przyszłość. Komisyja nie widziała potrzeby wymieniania tego stosunku i utrzymała ten §. w brzmieniu projektu Wydziału krajowego i obecnie w jéj imieniu proszę wys. Izby, by zatrzymała jéj redakcyję.

Wniosek p. Majera pozostaje w mniejszości.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 30 października. Dnia 26 bm. o godz. 12éj w południe odbył się w sali wykładowéj klinicznéj w obecności grona profesorów wydziału lekarskiego, wielu lekarzy i uczniów, wykład habilitacyjny Dra Przemysława Pieniążka. Dr. P. miał rzecz o wrzodach gruźliczych krtani, mówił płynnie i wyłożył rzecz jasno i dosadnie. Po krótkiéj naradzie dziekan wydziału prof. Madurowicz oświadczył prelegentowi, że Wydział uznaje wykład jego próbny za odpowiedni. Ponieważ potwierdzenie aktu habilitacyjnego ze strony Ministerstwa oświaty zapewne nastąpi niebawem, Wydział lek. mieć będzie odtąd w gronie swém i reprezentanta specyjalnéj gałęzi chorób krtaniowych.

* Prof. Dr. Rafał Czerwiakowski, prof. botaniki w Uniw Jagiell. przeniesiony został w stan spoczynku i otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj klasy w uznaniu zasług i długoletniéj służby.

* Na posiedzeniu swém z dn. 25 bm. Wydział lek. uchwalił przedstawić Ministerstwu kandydata medycyny p. Wolfa Piseka na asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj.

* W spisie wykładów wydziału lek. po raz pierwszy od dawna spotykamy się z Anatomiją porównawczą, którą wykładać będzie docent prywatny Dr. Kadyi, jakotéż z zapowiedzią, że w półroczu zimowém rozpocznie swe wykłady antropologiczne docent prywatny Dr. Kopernicki.

○ Na posiedzeniu komisyi sanitarnéj w d. 26 paźdz. pod przewodnictwem Dra Warschauera odbytém: 1) przyjęto wniosek Drów Korczyńskiego i Pareńskiego, aby przedstawić magistratowi potrzebę wniesienia do budżetu na rok przyszły kwoty na zbudowanie kilku wychodków publicznych, na przerobienie wychodka koło kryminału i na przedzielenie wychodka na placu Szczepańskim, osobno dla mężczyzn i dla kobiet. 2) Ref. Wyrobisz *a)* zawiadomił komisyję o zarządzonéj rewizyi sklepów z tapetami, *b)* przedłożył do opinii podanie o otwarcie apteki na Kleparzu. Uchwalono oddać je do referatu Dr. K. Grabowskiemu. 3) Dr. Korczyński wniósł: *a)* aby w budżecie przyszłorocznym umieszczono 500 złr. na rozbiory chemiczne policyjno-sanitarne, *b)* aby fizyk miejski oceniał. co należy dać do badania chemicznego, *c)* aby należytość za każde badanie osobno wyznaczał magistrat w porozumieniu z komisyją sanitarną. Przyjęto wnioski. 4) Dr. Rybczyński wniósł, aby magistrat postarał się o to, żeby dorożki stały i w nocy do użytku lekarzów, albo żeby magistrat przeznaczył do takiego użytku wózek zarządu akcyzowego. Wniosek przyjęto. 5) Dr. Janikowski przedłożył regulamin dla rzeźni, który przyjęto z tym dodatkiem, aby go przedstawiał weterynarz Pacuła na pełnéj radzie miasta do zatwierdzenia. 6) Sekretarz Dr. Buszek przedłożył *a)* wnioski względem dozwolić się mającego pod pewnemi warunkami wyrabiania szwarcu w dzielnicy 8éj, oraz *b)* wnioski co do zaprowadzenia w r. 1879 statystyki urodzin i uzupełnienia niektórych dat w szpitalach tutejszych. Wnioski przyjęto.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 41 (od 6 do 12 października włącznie) umarło w Krakowie razem osób 42; męż. 21, kob. 21; w obwodach osób 26, w szpitalach 16; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 39,0; we Lwowie 31,6; w Warszawie 20,7; w Poznaniu 27,8; w Wiedniu 25,3; w Budapeszcie 38,7; w Pradze 23,7; w Tryjeście 35,4; w Berlinie 27,8; w Wrocławiu 28,8; w Monachijum 32,1; w Dreźnie 25,2; w Lipsku 21,5; w Brukseli 18,3; w Paryżu 21,8; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 19,1; w Chrystyjanii 19,0; w Petersburgu 30,3; w Odesie 54,7; w Wenecyi 26,7; w Bukareszcie 25,5; w Barcelonie 24,4. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 7 osób, mianowicie: 1 z dławca, 2 z gorączki połogowéj, 2 z róży i 2 z posocznicy.

* **Lwów** 30 października *(Koresp. oryg.)*. Na wczorajszém swém posiedzeniu Rada zdrowia krajowa roztrząsała prośbę właścicieli Rymanowa, hr. Potockich, o nadanie koncesyi na założenie zakładu zdrojowego w Desznêm 2 kilometry od Rymanowa odległém, oraz na sprzedaż wody mineralnéj i wyrabianie soli. Rada, która poprzednio wydelegowała była na miejsce członków swych Dra Riegera i Cassinę i miała sobie przedłożony plan sytuacyjny oraz rozbiór chemiczny tymczasowy wody tamecznéj, która ma być szczawą słono-sodową, jod, lit i brom zawierającą, uchwaliła zażądać od właściciela, aby 1) stale ujęto źródło i wstrzymano przystęp wody słodkiéj, 2) wykonano dokładny rozbiór chemiczny ilościowy i jakościowy. Jeśli się okaże wtedy, że składniki odpowiadają rozbiorowi obecnemu, czego spodziewać się należy, Rada udzieli koncesyi pod warunkami: 1) że napełnienie i rozsyłka wody odbywać się będzie w sposób odpowiedni, a wyrób soli pod nadzorem lekarskim, 2) że woda do kąpieli ogrzewaną będzie tak, aby nic nie traciła ze składników chemicznych, oraz że woda ze źródła do zbiornika odpływać będzie rurami zamkniętemi. Rada gotową jest na żądanie udzielić w swoim czasie wskazówek bliższych co do powyższych warunków. Nadto uważa Rada za pożądane: 1) zrobienie drogi dobréj z Rymanowa do Desznego, 2) uregulowanie brzegów rzeczek tamecznych, 3) odpowiednie stałe pokrycie źródła, 4) wyrównanie placu koło tegoż, 5) urządzenie łazienek widnych i dobrze wentylowanych, 6) urządzenie w zakładzie dobrych studzien wody słodkiéj, zakładu żętycowego i stacyi meteorologicznéj.

Osobie prywatnéj, która nadesłała Radzie włośnie z prośbą o oznaczenie jakości, odpowiedziano, że do takich czynności Rada nie jest powołaną.

* **Budapeszt.** Dr. Wiktor Ivanchich we Wiedniu przesłał tutejszemu towarzystwu lekarskiemu sumę 5,000 złа. jako kapitał, którego odsetki przeznaczył dla podupadłych lekarzy praktycznych stolicy węgierskiéj.

Drowie Maciéj Singer i Alojzy Fekete mianowani członkami zwyczajnymi węgierskiéj Rady sanitarnéj.

* **Mianowania i odznaczenia.** W uznaniu zasług położonych w armii okupacyjnéj w Bośnii i Hercogowinie otrzymali: lekarz naczelny Dr. Masek order korony żelaznéj 3éj klasy z dekoracyją wojenną; lekarze pułkowi: Riedl, Nagy i Nossek krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa; lekarze pułkowi Bahner, Frank i Perko, starsi lekarze w rezerwie: Potpeschnigg, Schiavuzzi, Hirschfeld, Holler i Reiter złoty krzyż zasługi z koroną; lekarze pułkowi Jirka i Mandic, starszy lekarz w rezerwie Rudolf Klemensiewicz (docent fizyjologii w Gracu) i lekarz asystent Gravisi złoty krzyż zasługi. — Starszy lekarz sztabowy 1éj kl. Dr. Fryderyk Lackner, lekarz naczelny 5go korpusu armii, mianowany został naczelnym lekarzem wojskowym w Krakowie. — Prof. położnictwa we Wiedniu Dr. Späth w uznaniu zasług otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy. — Prof. położnictwa we Wrocławiu Dr. Spiegelberg otrzymał tytuł tajnego radzcy lekarskiego. — Prof. nadzw. w Jenie Dr. Liechtheim mianowany został dyrektorem kliniki w Bernie szwajc. — Radzca rządowy i referent sanitarny w Opawie Dr. Edward Czajke przeniesiony w stan spoczynku otrzymał wyraz uznania cesarskiego za długoletnią, wierną i pożyteczną służbę.

* **Nekrologija.** D. 27 września zmarł Dr. Polano, prof. chirurgii w Leyden. — Temi dniami zmarł w Piotrkowie Dr. Walenty Kaczorowski, wychowaniec Uniw. Jagiell. Majątek swój zapisał na cele dobroczynne, a mianowicie wyznaczył fundusz na 6 stypendyj po 300 rs. dla uczniów medycyny, a 600 rs. przeznaczył na coroczną nagrodę za rozprawę przyrodniczą.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. Józefa OETTINGERA (w Krakowie): Rys dawnych dziejów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. od założenia tegoż w r. 1364 aż do reformy dokonanéj przez Komisyję edukacyjną w 1780. Część I. Od założenia Uniwersytetu aż do końca 16go stulecia. Kraków 1876 in 8vo, str. 242. (Osobne odbicie z tomu 6go Rozpraw i Sprawozdań Wydziału filologicznego Akad. Umiej. w Krakowie.)

(Ocenę dzieła tego podamy niezadługo.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 6 listopada r. b. o godzinie 5téj po południu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Lutostański będzie mieć odczyt poprzednio zapowiedziany, 2) kol. Trauczyński okaże kilka nowszych wyrobów farmaceutycznych, 3) wreszcie załatwionych będzie kilka spraw administracyjnych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 532.

Konkurs.

Na mocy uchwały Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 3 października 1878 L. 48337, rozpisuje się konkurs na posadę Sekundaryjusza przy oddziale położniczym szpitala powszechnego we Lwowie.

Posada ta nadana będzie na lat dwa kompetentowi, który wykaże się dyplomami Doktora Medycyny i Magistra położnictwa lub téż dyplomem Doktora wszech nauk lekarskich, uzyskanym na jednéj z Wszechnic Państwa Austryjackiego.

Z posadą tą złączoną jest płaca o rocznych 600 złr. w. a. i wolne, opalone mieszkanie w szpitalu.

Ubiegający się o posadę powyższą w podaniach swych winni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia,
2) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych
3) Stosunki pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami w służbie krajowéj zostającemi.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia 10go Listopada 1878 do Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

Dyrektor szpitala powszechnego
We Lwowie 12go października 1878.
Dr. Opolski
Zastępca dyrektora.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1¼ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 9 listopada 1878. № 45. Rok XVII.

I. Teoryja neuropatyczna przeziębienia.

(Odczyt miany na posiedzeniu sekcyi lwowskiéj Tow. lekarzy galic. z dnia 25 maja 1878 r.)

Podał Dr. **A. Wagner**, lekarz kolejowy we Lwowie.

Wiadomo, że z rozmnażaniem się prac na polu badań patologiczno-anatomicznych podstawa symptomatologiczna, która dawniéj wyłącznie w medycynie panowała, powoli została wyrugowaną. A olbrzymie postępy, jakie patologija w ostatnim wieku na tém polu poczyniła, miała ten skutek, że stanowisko patologiczno-anatomiczne objęło i zatrzymało dotąd wszechwładne i nienaruszone panowanie.

Wszelako podstawa patologiczno-anatomiczna nie jest jeszcze ostatnią w nauce. Nauka stanie dopiero wtenczas u szczytu swego wydoskonalenia, jeżeli będzie mogła zająć stanowisko czysto etyjologiczne; albowiem pojęcie przyczyny powinniśmy stawiać na czele wszelkiego postępowego badania przyrody. Zaczynają się téż pojawiać w najnowszych czasach skrzętne zabiegi koło systematycznego dochodzenia przyczyn chorób, których dokładne zrozumienie tę korzyść dla terapii odkrywa, iż można przytłumiać złe w samym zarodzie. I pod względem czynnika termicznego mamy przed sobą szereg ścisłych doświadczeń i badań, które nadawać mogą neuropatycznéj teoryi przeziębienia podstawę naukową, a przedstawienie obecnego stanowiska téj kwestyi jest zadaniem niniejszych uwag.

Przedewszystkiém musimy odróżnić zamarznienie od przeziębienia. Pierwsze oznacza zmiany chorobowe powstałe w miejscu samém, które dotknięte zostało działaniem niższéj temperatury; ostatnie zaś zmiany wywołane w innéj części ciała, od miejsca, na które zimno wpływało, mniéj lub więcéj oddalonéj.

P o ś r e d n i e o g n i w a, p r z e z k t ó r e d z i a ł a n i e z i m n a z j e d n e g o m i e j s c a n a d r u g i e p r z e c h o d z i, s ą n e r w y.

Aby lepiéj zrozumieć zmiany chorobowe z działania zimna wynikające, musimy na pamięć przywieść działanie temperatury na ustrój ludzki w stanie fizyjologicznym.

Organizm nasz ciągłemu i nieustannemu ulega oziębianiu, to jest ciepło ciała pod wpływem sprawy utleniania pokarmów i części składowych ciągle wytwarzane udziela się podług tych samych spraw, jakim ulega świat nieorganiczny, powietrzu otaczającemu, mającemu zwykle niższą temperaturę. Inaczéj téż być nie może. Ilość bowiem cieplika, którą człowiek dorosły w pół godziny w przecięciu wytwarza, byłaby dostateczną, aby temperaturę jego ciała o jeden stopień C. podnieść. Ciepłota ciała podniosłaby się w 24 godzinach o 48° C.

Ale działanie otaczającéj nas zwykle niższéj ciepłoty objawia się jeszcze w inny sposób. Jeżeli nasze ciało jest narażone na wpływ zimna, to ilość wydzielonego kwasu węglowego się wzmaga i to w miarę niskości ciepłoty otaczającéj. Ilość wydzielonego CO_2 już się powiększa, jeżeli ciało nasze tylko obnażymy przy zwykłéj temperaturze i dochodzi do znacznego stopnia np. w zimnéj kąpieli. Pod działaniem bardzo niskiéj temperatury środka *(medium)* może ta ilość być 4 razy większą niż w zwykłych warunkach. Lecz nie tylko ilość CO_2, ale też i ilość zużytego tlenu powiększa się pod wpływem zimna. Zimno pociąga więc za sobą ten skutek, iż pod jego działaniem odbywa się większe utlenienie składników ciała; wywołuje więc większą produkcyję cieplika. Zdaje się, że pod wpływem zimna połączenia bezazotowe, wodniki węgla, szybciéj się utleniają, niż azotowe; mocznik bowiem nie powiększa się o tyle, ile z wydzielonego CO_2 i ze spotrzebowanego tlenu sądzićby należało.

Zimno wywiera więc na ciało dwojakie wręcz sobie przeciwne skutki: odejmujące ciepło przez przewodnictwo, dodające ciepła przez podniecanie chemizmu utleniania. A że ten przybytek ciepła z powodu wzmożonego utleniania rośnie w miarę, jak ciało przez przewodnictwo cieplika utraciło, to mówimy, że produkcyja cieplika reguluje się podług utraty; ale ponieważ i utrata ciepła, jak to późniéj usłyszymy, podług jego wytworu również się reguluje, to sprowadza to

w następstwie ten ważny wynik, że ciało ludzkie utrzymywać się może w stałéj ciepłocie.

Przechodząc teraz do mechanizmu, za pomocą którego ta regulacyja ciepła do skutku przychodzi, to doświadczenie wykazało, że to są nerwy i ich ośrodki, za sprawą których czynność ta się spełnia. Rzecz ma się mianowicie tak: Zakończenia obwodowe nerwów dośrodkowych a zatém czuciowych, dotknięte podrażnieniem zimna, przenoszą to podrażnienie szybko na ośrodki nerwowe, a tu występują na jaw czynności zmierzające do zobojętnienia wpływu zimna jużto przez poskromienie utraty ciepła jużto przez powiększenie jego wytworu. Najprzód przechodzi podrażnienie na mocy odruchów na nerwy naczynioruchowe skóry. Naczyńka skórne kurczą się; krew przeto wyparta do wewnętrznych organów mniéj jest narażona na utratę ciepła, zmniejsza się też przeto parowanie, albowiem z zimnego wilgotnego ciała, będącego nadto złym przewodnikiem ciepła, jaką jest skóra, woda mniéj się ulatnia. Skóra ze swemi naczyniami jest najgłówniejszym regulatorem dla stałości ciepłoty ciała ludzkiego, co doświadczeniami wykazali Adamkiewicz i Winternitz. Wszelako zdolność skóry do regulowania ciepłoty ma swoją granicę, może ona tylko ciepło regulować, jeżeli temperatura otoczenia różni się od temperatury ciała o 11,6° C.

Potém bywa na mocy odruchów podrażniony nerw błędny, który ilość uderzeń serca zmniejszając szybkość obiegu krwi zwalnia, tak, że w równym czasie mniejsza ilość krwi zostaje w zetknięciu z powietrzem otaczającém.

Słyszeliśmy, że pod wpływem zimna więcéj CO_2 się wydziela i więcéj tlenu się zużywa. Moglibyśmy to położyć na karb skurczu mięśni naczynioruchowych skóry, lecz ostatnie za nadto są małe, aby mogły wydzielenie tak wielkiéj ilości CO_2 wytłumaczyć, zresztą fizyjologija mięśni gładkich nie jest jeszcze dokładnie zbadaną. Röhrig tłumaczy to zjawisko z odruchowego skurczu mięśni dowolnych wywołanego podrażnieniem termiczném zakończeń obwodowych nerwów czuciowych i to z tego względu, że u zwierząt otrutych kurarą, lub z przeciętemi nerwami ruchowemi, objaw ten albo wcale nie, albo mało tylko się okazuje. Objaw ten mało się téż ukazuje, jeżeli zakończenia nerwów czuciowych zniedczulamy chloroformem, morfinem, lub większą dawką wyskoku. Wspomnione skurcze mięśni w zwykłych warunkach niedostrzeżone, objawiają się tylko większém napięciem *(tonus)* mięśni, dochodzą wszakże przy większém i dłuższém podrażnieniu do prawdziwych kurczów klonicznych (dreszcze). Za tém przypuszczeniem przemawia jeszcze okoliczność, że więcéj się rozkładają części bezazotowe, wodniki węgla, pod wpływem zimna, a wiemy z fizyjologii mięśni, że przy ich czynności nie białka ubywa tylko tlenu i związków zawierających węgiel i wód.

A że przy każdéj czynności mięśni cieplik się wywięzuje, wynagradza to po części stratę przez ubytek ciepła poniesioną. Atoli to powetowanie straty nie wystarczyłoby, jeżeliby większe zimno przez dłuższy czas na nas działało. Tu bywają pobudzone przez odruch jeszcze inne nerwy mające związek z chemizmem ciała, którego przysparzają. Rozkład pokarmów, trawienie ich i chłonienie staje się żywszém, niemniéj téż rozkład części składowych ciała, co wszystko większą produkcyję cieplika sprowadza. Nerwy te nie są nam jeszcze znane. Znamy tylko ich ośrodki leżące w rdzeniu przedłużonym i w pacierzowym szyjnym. U zwierzęcia, któremu szyjną część rdzenia pacierzowego przecięto, regulacyja ciepłoty całkiem ustaje, temperatura jego nie jest już stałą, tylko zmienną, zależną od każdorazowéj utraty. Jeżeli ostatnia jest wielka, to ciepłota jego opada, przy zmniejszonéj utracie podnosi się do zabójczéj wysokości. I u ludzi wszelkie obrażenia tegoż ośrodka, do czego porażenie i wysilenie liczyć można, pociąga za sobą podwyższenie ciepłoty utrzymujące się aż do śmierci, wszelkie zaś podrażnienie połączone jest z obniżeniem wygórowanéj ciepłoty.

Przypatrzmyż się temu, co się dzieje w ciele, jeżeli albo zbytnie ciepło się wytwarza, albo jeżeli to ciepło nie może być należycie wydaloném. Pierwsze ma miejsce po każdém przyjmowaniu pokarmów zwłaszcza ciepłych, przy większéj czynności mięśni; drugie, jeżeli ciepłota środka *(medium)* albo wcale się nie różni od ciepłoty ciała, albo ją nawet przewyższa. Tu występują skutki wręcz przeciwne wyżéj opisanym. Naczynia skórne rozszerzają się, parowanie w skutek wystąpienia potów wzmaga się, ruchy serca są przyspieszone, trawienie, chłonienie, chemizm ciała w ogóle jest upośledzony, co wszystko i większe wyprowadzenie ciepła z ciała i mniejszy wytwór cieplika wywołuje.

Co do rozszerzenia naczyń skórnych, to powszechnie przypuszczają, że udział układu nerwowego jest tu tylko biernym, że to jest skutkiem stanu paretycznego nerwów naczynioruchowych, które tylko zwężają naczynia. Atoli prace ostatnich lat wykazały, że rozszerzanie naczyń skórnych występuje też jako skutek czynnéj akcyi ośrodków nerwowych za pomocą nerwów rozszerzaczy naczyń. Do niedawna znano tylko dwa nerwy rozszerzające naczynia: *Chorda tympani* i *nervus erigens*. Teraz wiemy, że nie tylko do gruczołów ślinnych i do części rodnych tak męzkich, jak i żeńskich, ale też i do skóry i do mięśni idą nerwy rozszerzające naczynia, jakkolwiek jeszcze nie dokładnie wiemy, gdzie one biorą początek swój w mózgu i w rdzeniu pacierzowym. Ale i do innych narządów udają się prawdopodobnie takie nerwy rozszerzacze, co nam tłumaczy np. przekrwienie żołądka podczas trawienia i resorpcyi pokarmów itp.

I udało się téż w najnowszych czasach wykazać, że i wydzielenie potów odbywa się pod bezpośrednim wpływem nerwów. Luchsinger znalazł, iż za podrażnieniem nerwu kulszowego u młodych kociąt pot się wydziela. Po przecięciu tegoż nerwu wydzielanie potów ustaje nawet w otoczeniu mocno ogrzaném, pomimo, że druga odnoga ze zachowanym nerwem pot obficie wydzielała; nawet i wtenczas pot się nie ukazał, jeżeli żyła odprowadzająca została dla lepszego napływu krwi podwiązaną. Atropin w małéj już dawce wstrzymał wydzielenie potów. Ośrodek pocenia leży podług wspomnionego autora w téj saméj okolicy rdzenia pacierzowego, w któréj się ośrodek naczynioruchowy znajduje.

Daléj wykazał Röhrig doświadczeniami, że większe wydzielenie CO_2 przez skórę ma miejsce, jeżeli albo produkcyja cieplika w ciele się wzmaga, albo jeżeli odprowadzenie ciepła jest wstrzymane. Znalazł on, że ilość wydzielonego CO_2 przez skórę powiększa się podczas trawienia i przy wyższéj ciepłocie powietrza otaczającego. Zależy to też od rozszerzenia naczyń skórnych, bo podrażnienie skóry środkami chemicznemi i elektrycznością podnieca perspiracyję CO_2 i to w prostym stosunku do trwania i mocy rumieniaków *(remedia rubefacientia)*.

Widzimy więc z tego co poprzedza, że to są sprawy nerwowe, które wchodzą w rachubę za działaniem temperatury i że tu osobliwie mamy do czynienia ze sprawą odruchową. A co do ostatniéj wiemy, że tylko umiarkowana podnieta wznieca odruch w tych tylko miejscach, które w bez-

pośrednim znajdują się związku z miejscem wrażliwém; silne zaś podniety odbijają się téż i na innych nerwach nie mających bezpośredniego związku z miejscem dotkniętém, a silne podniety o wielkiém natężeniu są w stanie wywołać równocześnie działalność wszystkich nerwów w sposób odruchowy, co osobliwie wtenczas ma miejsce, jeżeli pobudliwość odruchowa jest zwiększoną. W ostatnim przypadku mogą nawet powstać rozpowszechnione i olbrzymie odruchy pod działaniem nieskończenie nawet drobnych procesów w nerwach czuciowych. Rozmiar czyli rozpowszechnianie odruchów zależy więc z jednéj strony od natężenia podniety, a z drugiéj strony od pobudliwości układu nerwowego.

Można przeto sprawę przeziębienia tak przedstawić: Podrażnienie termiczne o wielkiém natężeniu, w jakie zakończenia obwodowe nerwów czuciowych zostały wprawione, przelane na ich ośrodki wywołuje tu opisane odruchy prawidłowe, lecz przechodzi téż jednocześnie i na inne nerwy, wzbudzając tam odruchy chorobowe. Zwykle przechodzi taki stan podrażnienia na takie ośrodki, gdzie śród drogi napotyka na mniejszy opór *(locus minoris resistentiae)*, gdzie, że tak powiem, przez częste występowanie podobnéj czynności droga już utorowana, komunikacyja ułatwiona, czyli jak to mówią, gdzie nerwy są już do tego usposobione. I tak występują nerwobóle gośćcowe, jeżeli nerwy czuciowe zostają chorobowo pobudzone, tak wywołuje podrażnienie termiczne skóry skurczenia macicy za pośrednictwem splotu macicznego itp. Najczęściéj zaś odbija się to chorobowe pobudzenie na innych nerwach naczynioruchowych, których ośrodki znajdują się nie tylko w rdzeniu przedłużonym, ale też są rozrzucone, jak badania ostatnich lat wykazały, wzdłuż całego rdzenia pacierzowego, gdzie solidarnie ze sobą są zespolone. To pobudzenie sprowadzając zmiany kalibru naczyń wywołuje jużto przez rozszerzenie przekrwienie, jużto przez zwężenie niedokrewność całego obrębu naczyniowego. Tak według Röhriga termiczne podrażnienie skóry wstrzymuje żywsze wydzielenie żółci w skutek odruchowéj niedokrewności wątroby, co ma być powodem rozwolnienia. Takie zmiany kalibru naczyń mogą już same przez się bez przypuszczenia nerwów odżywczych (troficznych) stać się przyczyną zaburzenia odżywczego. Bo jakkolwiek bez czynnego udziału saméj tkanki odżywiania jéj i zboczenia onego pomyśleć sobie nie można, to zawsze stan naczyń wywiera wielki wpływ na ostatnie. Bo od tego stanu nie tylko zależy dostarczanie materyjału do odnowy, ale też i wykluczenie zużytych części, które nagromadzone i rozkładowi uległe oddziaływać mogą drażniąco na samą tkankę, co osobliwie wtenczas ma miejsce, jeżeli ta tkanka już zkądinąd osłabiona, wątła, nie może wyrównać zachodzących zaburzeń.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. O metodzie leczniczéj zwanéj goerbersdorfską.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

Niepowołany zabieram głos w sprawie wchodzącéj ściśle w zakres medycyny wewnętrznéj; czynię to jednak, aby zwrócić uwagę czytelników na uzdrowiska, które jakkolwiek nie są całkiem świeżym nabytkiem, przecież nie są tak znane, jak może na to zasługują. Czynię to tém chętniéj, że w kraju naszym mniéj zajmowano się i mniéj zwracano uwagi na zakłady, o których mówić zamyślam, a które szczególniéj w Niemczech cieszą się wielkiém powodzeniem. Ponieważ uzdrowiska te nie wiele różnią się między sobą, a w każdym razie Görbersdorf jako uzdrowisko dla suchotników w ogólności jest, że tak powiem, rodzicem wszystkich innych zakładów podobnych, przeto szczegółowo mówić będę o Görbersdorfie, zdając w krótkości sprawę z tego co widziałem i poddając szczegółowemu rozbiorowi ów sposób leczenia, który w Niemczech metodą Görbersdorfską nazywają. Poznawszy ją dokładnie przy sposobności pobytu w tém uzdrowisku starać się będę udowodnić, że skuteczność metody przerzeczonéj w wielkiéj części popierają niezbite fakta fizyjologiczne; nieprzepomnę jednak o teoretycznych wywodach twórcy téj metody, którym nauka przeczy, lub które w nauce nie stały się pewnikami.

Twórcą metody Görbersdorfskiéj jest jak wiadomo Dr. H. Brehmer, teraźniejszy właściciel ogromnego i pod wieloma względami wspaniałego zakładu, położonego w pruskim Szląsku na południowy zachód od Wrocławia. Görbersdorf, wioska otoczona zewsząd górami do 3000 stóp nad powierzchnię morza wyniosłemi, leży w zacisznéj dolinie, która jednak 1720 stóp nad poziom morza się wznosi. Czarowna okolica obfita w piękności przyrody dostarcza wiele przyjemności, a łatwość komunikacyi w ogólności, a szczególnie z Wrocławiem przez kolej żelazną, któréj stacyja Friedland o $^3/_4$ mili od samego zakładu jest oddaloną, nie mało przyczyniają się do wzrostu uzdrowiska. Pragnąc jak najszybciéj przystąpić do rozbioru metody leczenia, przypomnę tylko z historyi uzdrowiska, że przed niespełna 20 laty pozwolił wreszcie rząd pruski po długich zabiegach i za wpływem Schönleina na założenie uzdrowiska w wiosce Görbersdorf, w któréj dotąd znajdował się mały zakład hydropatyczny. Na czele zakładu staje Dr. H. Brehmer, który w owym czasie był autorem rozprawy: *De legibus ad initium atque progressum tubercul. pulm. etc.*, w któréj szczególną uwagę zwrócił na suchoty płucne, ową wielką ranę naszego społeczeństwa. Pomnąc na ilość ofiar, jaką suchoty rokrocznie porywają, zapragnął takową umniejszyć, a do tego wydało mu się uzdrowisko niezbędnie potrzebne. Więcéj teoretycznie wykształcony szuka w patologii usprawiedliwienia dla swojéj teoryi, którą wygłasza i uzasadnia w drugiém swém dziele *(Chronische Lungenschwindsucht und Tuberculose der Lungen)*, które jest zarazem owocem jego kilkoletnich spostrzeżeń praktycznych. Teoryję jego można w ten sposób streścić: suchoty płucne, a względnie gruźlica, polegają na upośledzonem odżywianiu płuc, a w następstwie całego ciała. Przyczynę upośledzonego odżywienia płuc upatruje on opierając się na spostrzeżeniach Louisa i Rokitańskiego w względnie małém sercu w stosunku do wielkich objętością płuc. Małe serce wypycha niedostateczną ilość krwi do płuc, które z tego powodu cierpią i ta mała ilość krwi w drugiéj linii jest przyczyną upośledzonego odżywiania całego ciała. Oto pierwszy główny punkt jego teoryi.

Nie mogło ujść uwadze Brehmera, że w niektórych okolicach suchoty wcale nie istnieją, w innych zaś rzadko się zdarzają; to niepojawianie się suchot idzie zdaniem jego w parze ze wzniesieniem nad poziom morza, względnie ze zmniejszoném ciśnieniem barometryczném. Zmniejszone ciśnienie, czyli co jedno znaczy, rozrzedzone powietrze działa pobudzająco na serce, które często kurcząc się dostarcza dostatecznéj ilości krwi płucom, przez co odżywianie przewodu oddechowego należycie się odbywa, a szybszy obieg krwi po całém ciele wpływa zarazem korzystnie na odżywianie całe-

go organizmu. Oto drugi główny punkt jego teoryi, która na pierwszy rzut oka jest łudząco prawdopodobną. Rozbierzmy bliżéj to rozumowanie, chociaż jak pisma Dra Sokołowskiego wykazują, Dr. Brehmer nie upiera się dzisiaj przy swojéj teoryi, ale sam jéj nieodwołał a niedawno jeszcze temu przeciw zarzutom bronił. Obie główne zasady znalazły przeciwników, którym śmiało, ale może za stanowczo, odpowiadał ich twórca i właśnie stanowczością odstraszał od rozbioru, a przez to opóźniał dokładne poznanie metody Görbersdorfskiéj i rozwój zakładu, który nawiasem mówiąc obecnie wzrósł do rozmiarów, o których zapewne założyciel zakładu nie marzył w pierwszych chwilach jego istnienia. Przyszłość zapewne okaże o ile usprawiedliwione jest twierdzenie Rokitańskiego, że serce u suchotników bywa za małe, nie od rzeczy jednak będzie przypomnieć, że obecnie Beneke podnosi również głos w téj sprawie i twierdzi na podstawie dokonywanych mierzeń (*Die anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalieen des Menschen*), że u chorych zmarłych na suchoty w większéj części znajdował względnie lub absolutnie za małe serce i układ tętnicy głównéj, za wielkie stosunkowo płuca, raczéj za małą wątrobę i niedostatecznie rozwinięty układ kostny i mięsny. Jeśliby twierdzenia Benekego nowe badania poparły, mógłby Brehmer powrócić do pierwszego punktu swéj teoryi, który jeśli nie jest w większości przypadków prawdziwym to z pewnością nie jest całkiem błędny, co zresztą nie jest odkryciem nowém: jak wiadomo bowiem przez *habitus phthisicus* starzy lekarze określali właśnie taką budowę ciałotworu, jaką Rokitański i Beneke jako najczęstszą u suchotników opisali. Twierdzenia co do zboczeń w budowie układu naczyniowego i płuc nie osłabia spostrzeżenie, że zapadają na suchoty płucne i tacy, których klatka piersiowa jest dokładnie zbudowana, a serce i układ naczyniowy zupełnie prawidłowym, albowiem dokładnie sklepiona klatka piersiowa i najzdrowsze płuca często nie mogą pokonać swych szkodliwych wpływów, które suchoty płucne wywoływać zwykły. Zresztą gdyby się okazało, że ani Beneke, ani Rokitański i Louis, a więc za ostatnich przykładem i Brehmer nie ma słuszności, to bynajmniéj fałszywe teoretyczne twierdzenie nie zmniejsza wartości leczniczéj metody, którą obszerniéj rozebrać pragnę. Gdyby zaś mierzenia Benekego potwierdzono, mielibyśmy wskazówkę, jak leczyć suchoty należy, a co ważniejsza w jaki sposób ochronić od choroby i zapobiedz można temu bardzo częstemu cierpieniu płuc, zwracając się z odpowiedniemi środkami przeciwko nieprawidłowemu kształtowaniu się organizmu w owym czasie, kiedy jeszcze ustrój nieukończył swego rozwoju.

Silnych pocisków doznało twierdzenie Brehmera co do działania rozcieńczonego powietrza; gdy jedni występowali tylko przeciwko temu, że Görbersdorf zanadto nisko leży, aby stan barometryczny powietrza mógł korzystnie działać na chorych, nie odmawiając wzniesieniu nad poziom morza korzystnego wpływu, inni występowali przeciwko twierdzeniom teoryi Brehmera co do rozcieńczonego powietrza nie przypisując zmianom barometrycznym żadnego wpływu. A w każdym razie byłoby rzeczą bardzo ciekawą, czy działanie górskiego powietrza zależy od rozrzedzenia jego, pod którego wpływem według twierdzenia Berta ilość gazów we krwi tętniczéj krążących ma się znacznie zmniejszać, które to znowu zmniejszenie ma według Jourdaneta powstrzymywać nadmierne utlenianie ustroju suchotników. Długo, zdaje się, kwestyja działania ciśnienia powietrza będzie nierozstrzygniętą, a kto wie, czy twierdzenie Hoppe-Seylera nie okaże się prawdziwém, który jak wiadomo twierdzi, że wzniesienie na kilka tysięcy stóp nawet nie odgrywa żadnéj roli, a tém samém przeczy, jakoby uzdrowiska górskie w Europie, a nawet najwyżéj położone w Davos, mogły korzystnie wpływać przez swe nieznaczne wzniesienia, czyli przez małe rozrzedzenia.

Jakkolwiek się rzeczy mają, niesłusznie przypisywał Brehmer korzystny wpływ pobytu w uzdrowisku nieznacznemu wzniesieniu Görbersdorfu nad poziom morza, które miało wpływać pobudzająco na ruchy serca, a przeto płucom i całemu ustrojowi dostarczać dostatecznéj ilości krwi dla wyrównania upośledzonego odżywiania u suchotników. Przypuśćmy jednak, że teoryja Brehmera jest całkiem fałszywą, nie podnosząc nawet prawdopodobieństwa co do pierwszego twierdzenia, a rozpatrzmy na czém metoda leczenia w Görbersdorfie polega.

Oto głównym jéj celem jest polepszenie odżywiania całego ustroju z szczególném uwzględnieniem odżywienia dróg oddechowych. Nie gardząc wskazówkami ajtyjologicznemi, ale owszem uwzględniając takowe szuka Br. takich sposobów i zgromadza je w systematyczny układ, któreby przynajmniéj przeciwko najczęstszym przyczynom suchot działały. Środki lecznicze do tego celu używane są bardzo rozmaite. Znając z doświadczenia korzystne działanie zdrowego powietrza wolnego od zanieczyszczeń, a bogatego w ozon, radzi Brehmer przebywać chorym jak najdłużéj na wolném powietrzu, bez względu nawet na stan jego wilgoci lub suchości. Ciężko chorych poleca wywozić do uroczego parku lub lasku sosnowego; mniéj zaś schorzałych zachęca do ruchu po cienistym lasku, lub wzgórzach, które w rozmaitych kierunkach są poprzerzynane bardzo wygodnemi ścieżkami i alejami, a czemu zawdzięczać mamy przyspieszoną odnowę przebywając na świeżém powietrzu, czy kwasorodowi, czy ozonowi, czy wreszcie czystości powietrza wolnego od zanieczyszczeń, o tém niechaj decyduje fizyjologija. Przebywanie na świeżém powietrzu niezawodnie przyspiesza odnowę, którą mierny ruch jeszcze powiększa. Ważną rolę w leczeniu w Görbersdorfie odgrywa odżywianie w ścisłém znaczeniu czyli podawanie pokarmów. Aby zapobiedz przeładowaniu wzywają tamże pięć razy dnia na wspólną ucztę, która w równéj mierze składa się z pokarmów azotowych i bezazotowych. Większą wagę aniżeli do podawania tłuszczów, które bardzo często podawane bywają, aby wynagrodzić szybką utratę węglików wodu, przywiązałbym do używania mleka. Mleka używają chorzy cztery razy dziennie, a więc przy każdém jedzeniu z wyjątkiem obiadu, przez co organizm chorych otrzymuje nie tylko w wielkiéj ilości najpożywniejszéj i najłatwiéj strawnéj odżywki, ale zarazem wielką ilość wody, któréj użycie jak wiadomo przyspiesza odnowę organizmu, co stwierdzić można badaniem moczu, który w większéj ilości mocznik zawiera. Nie zastanawiam się nad ważnością pokarmów ani nie myślę przypominać praw dyjetetyki jako rzeczy dokładnie znanych, winienem jednak zauważyć, że na nie metoda używana w Görbersdorfie zwraca szczególną uwagę, czego najlepszym dowodem jest podawanie wielkiéj ilości mleka krowiego już to w stanie świeżym, już to ukwaszonym. Ku temu samemu celowi, ku odżywianiu służą i napoje wyskokowe a mianowicie wino, rzadziéj koniak, które to napoje przez kwas fosforowy i jego połączenia z alkalijami korzystnie oddziaływają przy wytwarzaniu się pierwiastków organizmu, do których wytworzenia kwas fosforowy jest niezbędny.

Zdaniem mojém leczenie używane w Görbersdorfie za-

wdzięcza bardzo korzystny wpływ na chorych nacieraniom i tuszom. Pierwsze zastosowuje Brehmer u silniéj osłabionych a nawet gorączkujących, polecając po natarciu mokrem prześcieradłem całego ciała, które trwa krótką chwilę, osuszenie ciała za pomocą suchego prześcieradła. Przez osuszenie, które trwa znacznie dłużéj, wywołuje nacierający silne zaczerwienienie skóry; nacierań używa albo zrana bezpośrednio po wstaniu albo wieczorem, gdy stan pobudzenia, jaki po tych nacieraniach występuje, nie odbiera snu chorym. Nie chcąc powtarzać się wspomnę o tuszach czyli natryskach, a potém dopiero szukać będę w teoryi usprawiedliwienia dla tych hydropatycznych procedur i starać się będę udowodnić ich doniosłe znaczenie. Po kilko- lub kilkonastodniowém zaaklimatyzowaniu się w nowych warunkach życia zwykł Brehmer u mniéj schorzałych zalecać tusze czyli natryski, które są trojakiego rodzaju, a mianowicie natrysk sitkowy, strumieniowy i boczny. Najczęściéj używany jest natrysk sitkowy, który zwilżając całą powierzchnię skóry najsilniéj działa; rzadziéj natrysk strumieniowy, który zalecanym bywa przy równoczesném podrażnieniu rdzenia pacierzowego, a najrzadziéj natrysk boczny, którego przeznaczeniem jest działać miejscowo, np. przy wysiękach opłucny lub podobnych zmianach. Do niedawna bardzo rozmaicie tłumaczono sobie działanie natrysków i nacierań, dzięki zaś skrzętnéj pracy Röhriga (*Physiologie der Haut*) umiemy sobie wytłumaczyć jeśli nie całkowicie to przynajmniéj częściowo, jakie zmiany wywołują natryski w organizmie i na czém polega ich działanie. Każde zadrażnienie skóry odbija się na układzie naczyniowym, na oddychaniu i ciepłocie ciała, a mianowicie pod wpływem zimna kurczą się w pierwszéj chwili naczynia krwionośne w skórze ułożone, przez co krew nagromadza się w wewnętrznych organach a szczególnie w sercu, które pod wpływem zimna energiczniéj się kurczy i więcéj krwi i z większą siłą wypycha do najbliższych narządów. Zimno zastosowane do skóry wywołuje głęboki wdech i zwalnia w ogóle oddychanie, które jest wtedy głębsze, ale za to powolniejsze; głębokie wdechy umożliwiają dostanie się powietrza do najdrobniejszych oskrzelek i pęcherzyków płucnych a zmniejszona częstość oddechów utrudnia zbytnie oziębienie krwi, które mogłoby działać szkodliwie. Skurczone naczynia obwodowe skóry utrudniają promienienie ciepła na powierzchni, a powiększają natomiast wewnętrzną ciepłotę ciała. Tak działają natryski i nacierania, gdy słabo zadrażniają; jeśli zaś zimno silniéj działa, natenczas skurcz naczyń krwionośnych prędko ustępuje miejsca następowemu rozszerzeniu naczyń, które przez to więcéj krwi pomieścić w sobie mogą i takową, że tak powiem, od wewnętrznych organów odciągają. Im dłużéj istnieje rozszerzenie naczyń, tém mniéj krwi znajduje się w wnętrzu ciała, którego ciepłota się zniża tak na wewnątrz jak i na zewnątrz, silniéj jednak na powierzchni ciała, właśnie przez zwiększone promienienie ciepła. Zbytniemu oziębieniu i tym razem staje na przeszkodzie głębokie oddychanie, zmniejszona częstość tętna, które są wpływem podrażnienia nerwów błędnych. Dodajmy do tego, że Brehmer po bezpośredniém zadziałaniu natrysków kaze mocno nacierać ciało, przez co powiększa ich działanie, a pojmiemy, że nagłe zniżenie ciepłoty zmusza organizm do wytwarzania ciepła, które jakąś cząstkę tkanin organicznych spotrzebowuje. Na miejsce zużytych tkanin domaga się organizm nowych pierwiastków, czyli innemi słowami, organizm odnawia się pozbywając dawnych tkanin a wytwarzając nowe tkaniny w korzystniejszych warunkach. Dotąd rozebraliśmy działanie natrysków i nacierań (ostatnie bowiem niewątpliwie tak samo działają jak natryski tylko w niższym stopniu, bo nacierania zimném prześcieradłem mniéj rozdrażniają skórę niż natryski) na krążenie, oddychanie i ciepłotę, a nie wspomnieliśmy nic o systemie nerwowym i o działaniu tychże na same nerwy, albowiem do niedawna nie znano a właściwie nie zdolano wykazać, na czém to działanie zależy, chociaż o jego istnieniu nikt nie wątpił. Trudno bowiem było przypuszczać, aby zadrażnienie skóry a względnie nerwów nie wywoływało zmian w samych nerwach, lecz żeby nerwy były tylko przewodnikami wrażeń, służyły tylko, że tak powiem, jak druty telegraficzne do przenoszenia na inne układy. Jak wiadomo, wykazał J. Ranke, że wrażliwość włókien nerwowych zależy od ilości wody w włóknach nerwowych a G. Jaeger potwierdzając Rankego twierdzenia w swojéj najnowszéj pracy (*Seuchenfestigkeit und Constitutionskraft 1878*) przypisuje wodzie jeszcze donioślejsze znaczenie w ekonomii organizmu. On tłumaczy nam znany oddawna fakt, że zimno nie tylko działa przez to, że organizm pod wpływem onego staje się mniéj wrażliwym, ale wyjaśnia zarazem, co przez wrażliwość organizmu zrozumieć należy.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Józef Oettinger: **Rys dawnych dziejów Wydziału lek. Uniw. Jagiell.** Część I. Kraków 1878, str. 242.

Dzieło, z którego niniejszém zdajemy sprawę, Czytelnikom Przeglądu Lek. po części przynajmniéj nie jest obcém, albowiem część jego obejmująca historyję Wydziału lekarskiego do początku 16go wieku (str. 1 — 96) ogłoszoną była w tygodniku naszym (w rocznikach 1874, 1875 i 1876). Praca tak wielkich rozmiarów traci wiele, jeżeli ją się zamieszcza w tygodniku uwzględniającym przeważnie rozprawy krótkie treści praktycznéj i sprawy bieżące; rozczłonkowanie bowiem czy całości, czy jak w danym przypadku mniejszéj połowy pracy w licznych numerach aż trzech roczników zniechęca czytelnika, który długo czekać musi na ciąg dalszy, a doczekawszy się już go nie może nawiązać do nici raz urwanéj.

Pojednał nas ze sobą szan. autor, gdy homojopatyczne swe dawki i to w długich odstępach skąpo udzielane zamienił obecnie na rzetelną i pełną dozę, po któréj wartość środka bez niecierpliwienia się, bo już po kilku godzinach, poznać można. A przekonani jesteśmy, że każdy z kolegów, który się ze środkiem zapozna, podzieli zdanie nasze o jego dobroci i pożyteczności.

Zbyteczném by było rozwodzić się nad wielką doniosłością badania historycznego dla nauk lekarskich; mimo wszelkiego uprzedzenia dla historyi nauki naszéj światło prawdy samo sobie toruje drogę, a nie przestanie ono nigdy być nauczycielką życia, które nie żyje tylko teraźniejszością, lecz indaguje czasy minione, aby mu wykładały przyszłość. Największy zaś urok ma badanie przeszłości swojskiéj, o ile śród trudów życia powszedniego widzi się nagle stojące przed sobą cienie przodków, którzy działali, pracowali, choćby i błądzili na téj samej ziemi, w téj samej instytucyi, która nam była matką, a dla któréj i my pracujemy, z korzyścią lub bez korzyści, jak przyszłość okaże.

Wdzięczne uznanie należy się więc szan. autorowi od każdego, dla którego dola téj instytucyi nie jest obojętną,

że odtworzył nam w pięknym zarysie choć jedną częsc szkoły kazimirowsko-władysławowskiéj, że z wielkiém zamiłowaniem przedstawił nam obraz owych walk, które przed kilkuset laty przebywał Wydział nasz lekarski, zanim zająć mógł godne miejsce obok innych wydziałów wszechnicy, owych sił i postaci, które brały udział w tych walkach, a które zwycięzkie czy zwyciężone przygotowały grunt urodzajny, który my potomni uprawiamy.

Jakkolwiek autor nasz pole, które sobie obrał, znalazł już po części przygotowane, jakkolwiek mógł korzystać z wielu prac, że tylko wspomnimy o pracach prof. Majera i Muczkowskiego, to jednak zasługą jego jest, że szczegóły, które już znalazł, uzupełnił i powiązał w całość piękną, przedstawioną wszędzie na tle historyi oświaty współczesnéj. Na szczególną uwagę zasługują w téj pracy: porównanie przywileju kazimierowskiego z władysławowskim, słusznie dążące do stwierdzenia wyższości pierwszego nad ostatnim pod każdym prawie względem, wykazanie przyczyn, dla których rozwój wydziału lek. był wstrzymanym przez czas długi, (a pomiędzy któremi niepoślednie miejsce zajmują: duchowno-zakonne urządzenie uniwersytetu przez Jagiełłę, mała liczba katedr i liche ich uposażenie, zmarnowanie funduszów i zatargi z Jezuitami); objaśnienie i ocenienie 3 ustaw Wydziału lek., opis pierwszego uwieńczenia stopniem doktorskim wychowańców Wydziału (ostatniego lutego 1527), wreszcie rzecz o sporze naukowym między obrońcą powag dawnych Feliksem Sieprskim z przydomkiem Łazarowicza a wyznawcą zasad nowszych Stanisławem Zawadzkim z przydomkiem Picus. Spór ten stanowi istotnie bardzo ciekawy epizod w historyi Wydziału lek., a autor uradowany snać ze zwycięztwa zasady wolności badania ze szczególném upodobaniem kilkakrotnie wraca do niego i roztrząsa go wszechstronnie. Walka ta która zakończyła się zwycięztwem postępowego Dzięcioła odbyła się jeszcze za życia Zygmunta Augusta (1562) i jest pamiętną z powodu przełamania ślepéj wiary w autorów dawniejszych.

Wielka część książki poświęcona jest wyliczeniu i podaniu wiadomości o mistrzach i wychowańcach Wydziału w wieku 15 i 16ym; pomiędzy wieloma innymi spotykamy się tu z wizerunkami mistrzów tak sympatycznych, jak Macieja z Miechowa, Józefa Strusia, o którym autor pisał już obszerniéj przed 35 laty, Jana Oczka, Szymona Syreńskiego, Gabryjela Joannicego, Sebastyjana Petrycego itd. Niestety co do ostatniego doznajemy rozczarowania; któż nie przywykł od dziecięctwa uważać Petrycego za ideał lekarza praktycznego, a tymczasem dowiadujemy się, że i na nim ciąży plama; autor z boleścią zdaje sprawę z niéj, nam zaś pozostaje tylko pociecha, że Bakon dopuścił się nierównie gorszych rzeczy a rzucono na nie zasłonę, bo chcielibyśmy mieć Bakona wielkim pod każdym względem; niechaj więc Petrycy pozostanie i nadal wzorem lekarza-dobroczyńcy.

Pomimo zamiłowania do przedmiotu swego autor nigdzie nie przesadza i nie waha się nawet wypowiedzieć prawdy ostréj, jak np. że dzieje Wydziału lek. aż do gruntownéj reformy w końcu przeszłego stulecia okazują ustawiczne wahanie między chwilowemi, daremnemi podlotami a dłuższym wycieńczającym zawiądem (str. 35). Czasem jednak sąd autora zdaje nam się być zbyt surowym, jak np. że ustawa najdawniejsza Wydziału lek. z r. 1433 nosi na sobie cechę raczéj urządzenia policyjnego, a nie zmierza do zaspokojenia wymagań naukowych (str. 73). W rzeczy saméj ustawa ta nie jest ustawą wydziałową według pojęć naszych obecnych, jest ona raczéj rodzajem *Code of medical ethics* dla stanu lekarskiego, o jakim marzą obecnie ci, którzy myślą, że takt i moralność można zadekretować, a zarzut uczyniony przez autora owéj ustawie, iż wylicza przymioty moralne, a do osiągnięcia ich nie wskazuje drogi, stosować można i do ustawodawców rzekomych, którzy i nas podobną ustawą uszczęśliwić zamierzają. Jeżeli jednak zważymy, że pierwsza ustawa Wydziału lek. wydaną została w r. 1433, że kanclerzem uniwersytetu był wówczas biskup Zbigniew Oleśnicki, jeżeli zważymy, że gdzieindziéj o wiele późniéj nierównie gorsze rzeczy się działy, będziemy pobłażliwszymi dla ustawy namienionéj.

Spodziewamy się, że szan. autor ogłosi rychło drugą część dzieła swego a życzylibyśmy sobie tylko, aby jéj nie zakończył na reformie Kołłątaja, lecz doprowadził rzecz przynajmniéj do r. 1861, bo długi ten okres byłby dla nas nader zajmującym. Wtedy mielibyśmy monografiję o Wydziale lek., jaką inne wydziały poszczycić się nie mogą.

Prof. Blumenstok.

Vitich: **Działanie nasenne kamfory.**

Vitich spostrzegał, że u niektórych cierpiących na maniję, hipochondryję, lub psychozę macinniczą, działanie nasenne makowca, chloralu, bromku potasu, było całkiem bezskuteczném, i w tym celu czynił próby z kamforą, która mu dała wyniki dodatnie; Vitich stosuje ten lek podskórnie, wstrzykując 0,07—0,08 kamfory rozpuszczonéj w oliwie; skutki małych dawek są mniéj zawodne, aniżeli wielkich; ukojenie układu nerwowego ma następować rychło, a sen trwa kilka godzin. Vitich powtórnie zastrzykuje kamforę, skoro rozdrażnienie powraca. (*Le Progrès Médical*).

Dr. A. Kwaśnicki.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XIV z dnia 9go października 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 26. Gość jeden.

1) Przewodniczący zawiadamia o stracie, jaką poniosło Towarzystwo przez śmierć śp. prof. Rokitańskiego i wzywa obecnych do oddania zmarłemu czci przez powstanie (co uczyniono).

2) Przewodniczący złożył na ręce bibliotekarza dzieła nadesłane Tow. przez autorów a mianowicie: Dra F. Obtułowicza: Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych i Dra T. Wasylewskiego: *Uiber Vagusreizung beim Menschen.*

3) Kol. Blumenstok wnosi wybór jednego członka komisyi redakcyjnéj w miejsce kol. Bylickiego, opuszczającego Kraków. Wybrano jednogłośnie kol. Kwaśnickiego.

4) Kol. Wurst z powodu, że opuszcza Kraków, przemówił jak następuje: „Szanowni Koledzy! Powołany waszą wolą i zaufaniem na urząd sekretarza zmuszony jestem złożyć go Wam w ręce wasze napowrót. Czy i o ile odpowiedziałem zadaniu, sąd o tém nie do mnie należy, wszakże chęci miałem najlepsze. Korzystając ze sposobności, która mi dziś po raz ostatni w zacném gronie Waszém zasiadać dozwala, pozwólcie Panowie, że szczerém pożegnam was słowem, i z serca podziękuję za wszystkie, a tak liczne dowody przyjaźni i życzliwości Waszéj. Względy wasze, szanowni koledzy, cenię sobie wysoko, a bądźcie przekonani, że najmilszém wspomnieniem będzie mi pamięć chwil spędzonych w Waszém zacném gronie."

Kol. Przewodniczący w odpowiedzi na to serdecznemi słowy pożegnał kol. Wursta, prosząc go nawzajem, ażeby o swych kolegach nie zapominał, a piśmiennictwo lekarskie zechciał i nadal swemi cennemi pracami zasilać; poczém zarządza wybór sekretarza dorocznego; wybrano kol. Skórkowskiego.

5) Kol. Obtułowicz przedstawił jako ilustracyję do artykułu prof. Mosetig-Moorhofa umieszczonego w *Wiener mediz. Wochenschrift* Nr. 33 narzędzia służące do wypuszczania moczu przy bardzo wysokim stopniu zwężenia cewki moczowéj, jakotéż świeczki kauczukowe, które z korzyścią mogą zastąpić struny dotąd używane. (Patrz Przegl. Lek. Nr. 36). Zdaniem refer. myśl Mosetiga wcale nie jest nową, gdyż tak zwane przewodniki (*itineraria*) od dawna są znane w chirurgii, zwłaszcza przy rozcinaniu cewki moczowéj od wewnątrz (*urethrotomia interna*), a narzędzia skonstruowane przez Mosetiga są zbyteczne dla lekarzy, zwłaszcza rutynowanych we wprowadzaniu cienkich cewników metalowych, dla lekarzy zaś nie mających należytéj wprawy nie wielką będą stanowiły pomoc.

6) Tenże kolega odczytał rozprawę p. t. „Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia wiewiórowego cewki moczowéj" (już umieszczoną w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi oświadcza kol. prof. Oettinger, że komisyja terminologiczna zgodziła się na zatrzymanie wyrazu wiewiór jako prawdziwie polskiego, używanego przez lud i odnoszącego się do całego cierpienia, rzeżączka zaś oznacza tylko jeden przypad téj choroby. Zwraca zarazem uwagę na niewłaściwe używanie wyrazu zarazek na oznaczenie *contagium*, skoro mamy na to dobry, dawny wyraz przyrzut a zarazek jest sztucznym i niepotrzebnie nowoutworzonym.

7) Kol. Janikowski wnosi, ażeby Tow. lek. wybrało komitet, któryby się zastanowił sam lub z członkami przybranymi, czyby nie wypadało poczynić odpowiednie przygotowania do Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w roku przyszłym. Po krótkiéj dyskusyi, w któréj brali udział kol. Domański i Oettinger, wybrano komitet mający na jedném z najbliższych posiedzeń podać projekt przygotowań do Zjazdu. W skład komitetu weszli koll. Janikowski, Korczyński, Obaliński, Blumenstok, Ściborowski i Oettinger.

8) Kol. Buszek podał ważniejsze szczegóły statystyki śmiertelności miasta Krakowa z r. 1877go. W tymże roku umarło 40,3 na 1000 mieszkańców a urodziło się o 3,3 na 1000 mniéj niż umarło. Mężczyzn umarło o 44% więcéj niż kobiet. Najwięcéj przypadków śmierci dostarczył wiek do 5 r. życia, bo 52,3%. Gdy chrześcijan umarło 47,9 na 1000, starozakonnych zaledwie 26,7. Dokładne obliczenie osób zmarłych według obwodów nie dało się dokonać z powodu, że na kartkach skonu ze szpitalów nie podawano ostatniego pomieszkania zmarłych. Najwięcéj dzieci umiera w obwodzie III., bo na 100 zmarłych przypada blisko 2 razy tak wielki procent dzieci starozakonnych jak chrześcijańskich. Najwięcéj osób umarło w jesieni i to w październiku. Wiek średni po odtrąceniu dzieci do 5 r. życia wypada dla chrześcijan 42,3, dla starozakonnych 46,4 lat. Najwięcéj przypadków śmierci było z chorób narządu oddychania (31,2%) i z chorób zakaźnych (24,7%). Ospa w ostatnim dziesiątku lat panowała bez przerwy; najsilniéj w r. 1872, kiedy śmiertelność wynosiła 11,7% i w r. 1877 ze śmiertelnością 8,1%. W r. zeszłym z odry umarło 3,8%. Również płonica, dławiec i dur stale w ostatnich dziesięciu latach zabierają dosyć liczne ofiary. Dla przypadków śmierci z chorób zakaźnych podane są ulice i Nry domów, w których miały miejsce w ciągu ostatnich lat dziesięciu. Najdłuższego wieku średniego dożyli najmajętniejsi. Prelegent zastanawia się także nad wpływem zatrudnienia na wiek średni zmarłych i na przyczynę śmierci. Najmniéj umarło bez pomocy lekarskiéj starozakonnych. Z chorób zakaźnych umierało więcéj osób w pomieszkaniach bardziéj zaludnionych. Kol. Janikowski oświadcza wdzięczność kol. Buszkowi, że rozpoczął tę pracę, z któréj w przyszłości spodziewać się możemy ważnych wskazówek, szczególnie pod względem środków higijenicznych, jakie miasto przedsiębrać powinno. Zapytuje się kol. prelegenta, w jaki sposób obliczał odsetki śmiertelności w rozmaitych zawodach? Zwraca nadto uwagę, że podstawa obliczeń stosunkowéj śmiertelności u starozakonnych i chrześcijan jest bardzo niepewną i niedokładną; za zasadę bowiem obliczeń wziętą została statystyka robiona przed 9 laty, a wówczas ludność starozakonna nie była tak ściśle obliczaną, jakby tego od obliczeń statystycznych wymagać należało. Ubolewać wreszcie należy nad tém, że wykazy śmiertelności w szpitalu tak ważne mają braki, nie umieszczają bowiem na nich ani pochodzenia zmarłego ani ulicy przez niego zamieszkałéj, o usunięcie tych niedostatków musianoby się u zarządu szpitala usilnie dopominać. Zdaniem kol. Kwaśnickiego praca kol. Buszka potrzebowałaby jeszcze szczegółowego uzupełnienia w statystyce wieku dziecięcego, a mianowicie należałoby odróżnić dzieci przy piersi i odstawione, a pierwsze podzielić na dzieci karmione przez matki, przez mamki i sztucznie. W ten sposób statystyka zapewneby przekonała, jak szkodliwém jest uchylanie się matek od swych naturalnych obowiązków. Kol. Oettinger: Liczby ststystyczne nie mogą mieć wartości bezwzględnéj i tak niepodobna by wnosić z faktu, że śmiertelność w oddziale III miasta była najmniejszą, iż ta właśnie okolica miasta jest najzdrowszą, skoro tam właśnie najmniéj znajdujemy warunków zdrowia; lecz powinnoby to nas nakłonić do poszukiwania innych przyczyn, które równoważą lub przeważają wpływ stosunków zdrowotnych. Należałoby zwrócić uwagę na ogromny napływ obcych, którzy przybywają do Krakowa już w późnym wieku, często z chorobami nie dającemi nadziei wyleczenia, to musi wpłynąć na pogorszenie stosunku śmiertelności, gdyż ta wielka liczba chorych nie należących właściwie do Krakowa, nie jest równoważoną odpowiednią liczbą rodzących się. Kol. Ściborowski zwraca uwagę, że stosunek śmiertelności w stanie nauczycielskim nie jest wcale tak świetny w porównaniu z innemi zawodami, jakby się to z cyfr przez prelegenta przytoczonych zdawać mogło; o ile mu bowiem z własnego doświadczenia wiadomo, nauczyciele dostarczają dość ofiar do statystyki śmiertelności i to głównie z chorób narządu oddychowego. Kol. Grabowski podnosi, że nie znamy dokładnego spisu ludności Krakowa, nie wiemy w jakim stosunku ta ludność rozdziela się na płcie, wyznania i lata życia, daléj niepodobna jest dokładnie obliczyć śmiertelność różnych zawodów, nie znając liczby trudniących się każdym poszczególnym zawodem. I tak podaje kol. Buszek, że umiera więcéj mężczyzn niż kobiet ale nie wiemy czy ludność męzka nie przeważa w Krakowie nad ludnością żeńską, jak to w wielu miastach ma miejsce. Wszystkie te względy trzebaby wciągnąć w rachubę. Kol. Domański sądzi, że obliczenie ludności da się zrobić w 24 godzin, tak postępują np. we Wiedniu, gdzie straż policyjna zaopatrzona w odpowiednie blankiety zbiera pewnego dnia o jednéj godzinie dokładny spis mieszkańców, zdaje mi się, że i w Krakowie dałoby się to w podobny sposób zrobić. Kol. Buszek wyraża przedewszystkiém uznanie komisyi sanitarnéj a głównie kol. Janikowskiemu i Lutostańskiemu za wprowadzenie w życie dokładnéj statystyki śmiertelności dla m. Krakowa. Do obliczenia śmiertelności według zawodów służył prelegentowi za podstawę stosunek zmarłych osób pewnego zawodu do ogółem zmarłych a nie do ilości osób żyjących w tymże zawodzie, ponieważ w jedném źródle, z jakiego mógł czerpać wiadomości co do spisu ludności m. Krakowa, mianowicie „*Bevölkerung und Viehstand der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder I. Hfte. Wien 1871,*" brak w tym względzie tak szczegółowych dat. Po sporządzeniu dokładnego spisu ludności, jaki ma się odbyć z końcem 1879 r., da się dokładniéj obliczyć na podstawie zbieranych dat stosunek procentowy zmarłych do żyjących. Co do stosunku śmiertelności według wyznań trzeba było wziąć za podstawę taką liczbę, jaka jest znaną we wzmiankowaném ogłoszeniu urzędowém. Śmiertelność dzieci obliczył szczegółowo od miesiąca do miesiąca i od roku do roku, zatém w sposób, o jakim wspominał kol. Kwaśnicki. Wykładnik śmiertelności obliczył dla ogółem zmarłych i po wykluczeniu obcych, który wynosi w ostatnim przypadku 34,2. O ile zatém pozwalał na to materyjał statystyczny, starał się prelegent opracować go wszechstronnie i wyczerpująco. Kol. przewodniczący dziękuje kol. Buszkowi za tak cenną a mozolną pracę i wyraża życzenie, aby ta praca skłoniła zarząd miasta do przedsięwzięcia odpowiednich środków dla zaradzenia tak znacznéj śmiertelności.

Dr. Skórkowski.

V. Rozprawy Sejmowe nad statutem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44.)

P. hr. Krukowiecki. §. 24. brzmi: „Wydział krajowy oznacza w miarę potrzeby ilość posługaczy i służby domowéj. Posługaczy i służbę, tak męską jak żeńską, przyjmuje i oddala dyrektor, jeżeli Wydział krajowy nie postanowi inaczéj.“ Wnoszę poprawkę téj treści, aby wypuścić słowa: „jeżeli Wydział krajowy inaczéj nie postanowi,“ dla tego, że dyrektor, który jest odpowiedzialny za wszystkie czynności szpitalne, wie najlepiéj, kogo ze służby należy odprawić lub przyjąć. Jeżeli nie ma téj zwierzchniéj władzy nad szpitalem, to trudno mu ukarać posługacza nie pełniącego swéj służby należycie; dlatego jest koniecznem, aby w jego ręku została władza przyjmowania i oddalania. Jeżeli zaś sam dyrektor nie posiada zaufania, to Wydział krajowy usunie go; ale dyrektorowi trzeba zostawić rozwiązane ręce, aby odpowiednią służbę przyjmował; dlatego stawiam tę poprawkę.

P. Haller. Zwracam uwagę szanownego posła, że Wydział krajowy nie ma prawa oddalania dyrektora, ponieważ dyrektora na podstawie statutu uchwalić się mającego mianuje Najjaśniejszy Pan na przedstawienie Wydziału krajowego. Dyrektora mianowanego przez Najjaśniejszego Pana Wydział krajowy oddalić nie może. Gdyby wybór był nieszczęśliwy i Wydział krajowy nie dał sobie z dyrektorem rady, wtedy poleci komitetowi administracyjnemu przyjmować służbę.

P. hr. Krukowiecki. Ja sądzę, że tu nie zachodzi żadne niebezpieczeństwo sprzeczności z powodu mojéj poprawki, bo jestem przekonany, że Najjaśniejszy Pan uchyli dyrektora, jeżeli nie będzie odpowiadał swoim obowiązkom.

Sprawozdawca p. Wernicki. Komisyja wychodziła z tego zapatrywania, że należy zachować Wydziałowi krajowemu, jako najwyższéj władzy autonomicznéj, ingerencyję, tudzież chodziło o to, aby dyrektora nie pozostawić w zupełnéj niezależności; daléj uwzględniła i to, że obecnie nie ma Wydział krajowy pewnych wiadomości i podstaw co do ilości sług i dopiero, gdy szpital przeniesie się do nowego budynku, to obliczenie będzie możliwe. Dlatego Wydział krajowy zastrzega sobie wolność rozstrzygania w tym względzie na przyszłość. Upraszam przeto, aby wys. Izba odrzuciła poprawkę p. Krukowieckiego, przeciw któréj oświadczam się w imieniu komisyi.

Wniosek hr. Krukowieckiego upada.

P. Majer. W §. 32 *) zachodzi potrzeba jedynie małéj stylistycznéj poprawki, mianowicie życzyłbym sobie, aby zamiast wyrażenia przeczącego: „Dyrektor nie może wzbraniać profesorom itd.“ wskazać to w sposobie twierdzącym, i żeby w dalszym ciągu §. ten brzmiał, jak następuje: „Profesorom klinik uniwersyteckich i ich asystentom służy prawo wstępu do wszystkich sal i wybierania dla klinik tych chorych, których w celach nauki za potrzebnych uznają.“ W redakcyi téj pomijam wyrazy: „między niepłacącymi za siebie.“ Dodatek ten bądź co bądź mógłby może być usprawiedliwiony, gdyby nie to, co daléj następuje, a mianowicie, że „dyrektor winien przestrzegać, aby na klinikę nie przeznaczano chorych bez ich zezwolenia.“ Jest to zastrzeżenie bardzo sprawiedliwe, przeciwko któremu ze względu moralnego i społecznego nic powiedzieć nie można. Ale cóż w obec tego zastrzeżenia znaczy ograniczenie możności wyboru tylko do niepłacących? Dlaczego wyłączać z pod tego i tych, którzy opłacają pobyt swój w szpitalu; wszak jeżeli nie zechcą być przeniesionymi na klinikę, to do tego nikt przymuszać ich nie może według dopiero co powołanego zastrzeżenia w ustawie; gdyby zaś przeniesienie trafiło do ich przekonania, to dlaczegoż przez ograniczenie możności wyboru tylko z pomiędzy nieopłacających odbierać im do tego sposobność. Zdaje mi się więc, że opuszczenie wyrazów „między niepłacącymi za siebie,“ dążności §fu nie zmienia, ale jedynie lepiéj go normuje. Wreszcie co do tego porozumiałem się z p. sprawozdawcą i referentem Wydziału krajowego, sądzę więc, że wys. Izba zgodzi się łatwo na mój wniosek.

Sprawozdawca p. Wernicki. Ze względu na chorych komisyja uważała, że przynajmniéj tym chorym, którzy płacą za siebie, nie należy proponować przeniesienia na klinikę. Jeżeliby sami tego chcieli, to nikt im wzbraniać nie będzie. Wiadomo jednak, że propozycyje ponawiane stają się nakazem, więc chodziło tylko o uwolnienie od nagabywań i namawiań. Jestem więc zdania, aby przyjęto ten ustęp §. 32 w brzmieniu przez komisyję podaném.

Poprawkę p. Majera przyjęto.

P. Majer Co do ostatniego ustępu tego samego §. proponuję go w téj formie: „Zarząd szpitalny obowiązany jest przyjmować chorych z klinik uniwersyteckich, o ile oni przy zamykaniu klinik jeszcze opieki szpitalnéj potrzebują, niemniéj w ciągu roku szkolnego chorych do nauki nie przydatnych, jeżeli się §. 26 temu nie sprzeciwia.“ Porównywając redakcyję tego ustępu właśnie przytoczoną z jego redakcyją w sprawozdaniu komisyi przekonywacie się panowie, że jeżeli w czém zachodzi między niemi różnica, to tylko w tém, że w tekscie podanym przez komisyję jest mowa o przyjmowaniu chorych jedynie po zamknięciu klinik, w mojéj zaś poprawce rozciąga się to i do takich chorych, którzy w ciągu roku szkolnego byliby uznani za nieprzydatnych do nauki klinicznéj. W niczém to nie obciąża szpitala; przypuściwszy bowiem, że chory taki wychodząc z kliniki, chce być daléj leczonym, to szpital przyjąć go musi, jeżeli się temu nie sprzeciwia §. 26. Czy zatém chory taki wprost z kliniki przeszedłby do szpitala, czy też dostałby się tam szukając poprzednio gdzieindziéj schronienia, dla szpitala wyjdzie to na jedno, w pierwszym jednak razie dla chorego widocznie dogodniéj.

Sprawozdawca p. Wernicki. Imieniem komisyi przystępuję do poprawki p. Majera.

Poprawka przyjęta.

P. Majer. Brzmienie §. 61 *) w pierwszéj części jest takie: „Zwłoki zmarłych podlegają obdukcyi.“ Otóż sądziłbym, że potrzeba będzie tutaj uwidocznić ten stosunek, jaki dotąd miał miejsce i który jest zawarowany przepisami w celach nauki, mianowicie anatomii opisowéj i patologicznéj, tudzież medycyny sądowéj. Chociaż wszelako stosunek ten dotychczas ma miejsce, i nikt zapewne nie myśli, aby go naruszać, to przecież mniemam, że skoro pisze się statut, koniecznością jest, stosunek ten uwydatnić. Proponuję tedy po wyrazach: „Zwłoki zmarłych w szpitalu podlegają obdukcyi“ dodać: „w szczególności w celach naukowych katedry anatomii opisowéj, anatomii patologicznéj i medycyny sądowéj uniwersytetu Jagiellońskiego“

P. Biesiadecki. W akcie objęcia szpitalów przez Wydział krajowy zawarował rząd dla uniwersytetów pewne przywileje. Do tych i ten należy, że szpital ma zwłoki tych chorych, którzy mają być pogrzebani kosztem własnym, do sekcyi patologicznéj odstępować uniwersytetowi, również, że zwłoki nie mające pogrzebu, muszą być oddawane wydziałowi lekarskiemu i to dla katedry anatomii opisowéj, przeto w statucie niniejszym musi przywilej ten być zastrzeżony dla uniwersytetu.

Sprawozdawca P. Wernicki. Propozycyja w duchu podobnym była wniesiona przezemnie w komisyi, komisyja jednak, wychodząc ze stanowiska humanitarnego, nie zgodziła się na takie pojmowanie rzeczy, a mianowicie p. referent Wydziału krajowego, obecny przy naradach komisyi, oświadczył, że się to nadal odbywać może, gdyż są pewne przepisy dawniejsze, które obowiązują do odstępowania zwłok dla uniwersytetu i jego instytucyj, więc postanowienie takie będzie zbyteczne. Obecnie zaś po porozumieniu się z p. referentem, który także widzi słuszność we wniosku p. Majera, komisyja, chociaż nie mogę powiedzieć, ażeby zupełnie przystąpiła, jednak widzę już pewne usposobienie do tego ustępstwa z jéj strony (wesołość). Ja z mojéj strony nie mam nic do powiedzenia przeciw wnioskowi p. Majera.

Wniosek przyjęty.

P. Majer. Daléj w tym ustępie następują wyrazy: „Na żądanie rodziny należy jednak zaniechać obdukcyi, jeżeli koszta leczenia zwrócone zostaną.“ Zastrzeżenie co do żądania rodziny uważam za sprawiedliwe, rozszerzyłbym je nawet daléj przez

*) Paragrafu tego w projekcie Statutu przedłożonym przez Wydział krajowy nie było (p. Nr. 36 Przegl. Lek.); upomnieliśmy się o umieszczenie takiego paragrafu (p. Nr. 37 Przegl. Lek.); snać komisyja musiała go umieścić, skoro była dyskusyja nad nim w Sejmie. *Redakcyja.*

*) Artykuł ten odpowiada §. 60 w projekcie statutu. *Redakcyja.*

usunięcie wyrazów „jeżeli koszta leczenia zwrócone zostaną“ Przykre bowiem robi to wrażenie, że ten, którego rodzinę stać na zapłacenie kosztów leczenia. miał mieć jeszcze po śmierci inne prawa, jak ten, za którego opłata uiszczoną być nie mogła. Wnosiłbym zatém, żeby ustęp ten opuścić. Wszakże w tym razie proponuję dodanie wyrazów: „w takich zwłaszcza razach, gdzie konieczność jéj dokonania nie byłaby uznaną przez prymaryjusza i prosektora.“ Dodatek ten, w obec opuszczenia zastrzeżenia co do zwrotu kosztów leczenia, uważam za konieczny, bez niego bowiem, domagania się o zaniechanie obdukcyj urośćby mogły w nieskończoność. tak, że niebyłoby materyjału do tego. czego wymaga nauka i szpital w swoich własnych widokach. Zajść też mogą przypadki niezbędnéj potrzeby obdukcyi, nie tylko w celach lekarsko-sądowych, o których stanowią osobne przepisy, lecz nadto wyjątkowego znaczenia pod względem nauki. W tych i podobnych razach światłe przedstawienie rodzinie, jak nauczyło doświadczenie, nieraz odwiodło ją od oporu przeciw obdukcyi, a co większa było powodem, że po jéj dokonaniu skwapliwie dowiadywała się o przyczynie śmierci, ażeby w tém mieć mogła skazówki, czego innym jéj członkom unikaćby należało. Na zasadzie tych uwag proponuję w ogóle następujące brzmienie tego drugiego ustępu: „Na żądanie rodziny należy jednak zaniechać obdukcyi w tych zwłaszcza razach, gdzie konieczność jéj dokonania nie byłaby uznaną przez prymaryjusza i prosektora.“

Sprawozdawca p. Wernicki. Dostateczny będzie materyjał, jeśli z kategoryi nieplacących będzie mogło czerpać prosektoryjum uniwersyteckie. Należałoby tutaj postawić, że z kategoryi płacących, jeśli sobie nie życzą, aby była obdukcyja, żeby takową zaniechać. W szpitalu, gdzie chodzi o to, żeby była pomoc dla cierpiących udzielana, nie potrzeba odstraszać, ale owszem szanować przekonania a nawet przesądy do pewnego stopnia uwzględniać, bo wiemy, jaka odraza panuje szczególnie w niższym stanie ludności przeciwko obdukcyjom. Komisyja uważała za konieczną potrzebę zwrócić swoją uwagę na tę kwestyję i nie mogę dopuścić zamieszczenia wyrazów upoważniających, aby wszystkie zwłoki mogły być oddawane obdukcyi. Powtarzam, iż winien jestem, jako sprawozdawca, wystąpić w obronie zdań i przekonań komisyi. które nie są mojemi.

Poprawka p. Majera przyjęta.

P. Majer. Poprawka, którą wnoszę do §. 62 *) sądzę, że nie wywoła żadnéj dyskusyi, odnosi się bowiem tylko do formy, mały zaś dodatek, który proponuję, wysoka Izba przyjmie zapewne tém łatwiéj, że ma on na celu, ażeby wydatek, jaki pociąga za sobą przewożenie zwłok ze szpitala do zakładów uniwersyteckich, był też opędzany kosztem tych zakładów. Otóż §. 62 w stylizacyi mojéj brzmiałby (czyta): „Rodzinie zmarłego służy prawo pogrzebania zwłok własnym kosztem. Jeżeli to nie nastąpi, zwłoki zmarłych po zadosyć uczynieniu przepisowi §. 61 pogrzebane będą przez zarząd szpitala kosztem funduszu szpitalnego stósownie do klasy, według któréj byli pielęgnowani.“ Do tego dodaję: „Koszta przewozu zwłok ze szpitala do zakładów uniwersyteckich i napowrót ponoszą te ostatnie zakłady.“ Czy wydatek ten jest mały czy wielki, słusznie, ażeby przypadał na te instytucyje, które z dostarczanych zwłok odnoszą pożytek.

P. Biesiadecki. Muszę oświadczyć wysokiéj Izbie, że te koszta, o których p. Majer wspomniał, Rząd zawsze ponosił, więc ze strony Rządu nie ma żadnéj trudności.

Sprawozd. p. Wernicki. Chodzi tu o koszta pogrzebowe. Właściwą zatém jest rzeczą, ażeby takowe ponoszone były przez zakłady, które zabierają zwłoki dla swych naukowych celów. tém samém koszt ten nie będzie już ciążył na administracyi szpitalnéj i dlatego zachodzi potrzeba zamieszczenia poprawki szanownego wnioskodawcy, za przyjęciem któréj wysoka Izba oświadczyć się raczy.

Wniosek przyjęto, poczém głosowano i przyjęto cały etat i statut z wszystkiemi poprawkami i zmianami, które uchwalono.

Podawszy dosłownie przemówienia w sprawie szpitala św. Łazarza pozwolimy sobie z naszéj strony dodać kilka uwag. Zgadzając się bezwzględnie na wszystkie wnioski i poprawki prezesa Majera oraz na wywody radzcy namiestn. Biesiadeckiego nie potrzebujemy rozwodzić się nad temi poprawkami, które przez Sejm przyjęte zostały. Natomiast zastanowić się nam wypada nad tą poprawką prezesa Majera do §. 12 statutu szpitalnego, która nie utrzymała się.

Nasamprzód sprostować musimy zdanie szan. referenta Wydziału krajowego, jakoby profesor chorób skórnych i wenerycznych był tylko lokatorem Wydziału krajowego i że, jakkolwiek Wydział krajowy żadnego kroku nie przedsięweźmie, aby usunąć ten stosunek ze szkodą dla nauki, to przecież ten stósunek „komornego“ dopóty tylko zachowany być może, dopóki miejsca w szpitalu starczy. Z powodu tego przemówienia reprezentant Rządu słuszną wyraził obawę, że w razie wypowiedzenia tego komórnego uczniowie medycyny byliby pozbawieni możności kształcenia się w ważnéj téj gałęzi nauk lekarskich. Nie podzielając zapatrywania reprezentanta Wydziału krajowego nie podzielamy też obawy reprezentanta rządowego.

Wykłady o chorobach skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Ducha rozpoczęły się faktycznie d. 1 października 1863 r. na mocy rozporządzenia b. Ministerstwa Stanu, które zarazem poleciło, ażeby „usuwano wszystkie wpływy nieuprawnione, któreby były zdolne udaremnić lub upośledzić cele naukowe“. Następnie postanowieniem z d. 31 stycznia 1871 r. N. Pan zezwolił na utworzenie osobnéj katedry dla chorób skórnych i wenerycznych na wydziale lek. Uniw. Jag., tudzież na urządzenie odpowiedniéj téj katedrze kliniki. W skutek zaś tego postanowienia Cesarskiego p. Minister oświaty reskryptem z d. 18 lutego 1871 r. przyjął deklaracyję Wydziału krajowego względem oddania szpitalnego oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Ducha w Krakowie na klinikę dla nowo utworzonéj katedry, mianowicie deklaracyję zawartą w odezwie Wydziału krajowego z d. 20 października 1870 r. do L. 13490 pod warunkami, jakie w téj mierze omówiono obopólnie według protokółu z d. 8 października 1870. Według téj deklaracyi klinika ma pozostać nadal w szpitalu św. Ducha pod kierownictwem mianowanego przez najwyższą władzę naukową przełożonego, który tylko w charakterze swym jako bezpłatny lekarz oddziałowy ma podlegać dyrekcyi szpitala i ordynować w téj klinice według norm obowiązujących dla lekarzy oddziałowych w szpitalach publicznych i zakładach krajowych.

Widzimy więc, że klinika chorób skórnych wcale nie jest prostą komornicą Wydziału krajowego, albowiem katedra dopóty nie została przez Rząd systemizowaną, dopóki „Władza, któréj to dotyczy, nie dała pewnéj gwarancyi, że część lokalności szpitala św. Ducha będzie oddaną i odpowiednio urządzoną do użytku kliniki i dopóki się nie zgodziła, że oddział ten będzie oddany pod kierownictwo profesora, który tylko w charakterze jako lekarz oddziałowy podlegać ma dyrekcyi“. (Reskrypt Ministerstwa oświaty z d. 9 września 1870 r. do L. 8084.) Byt kliniki zatém jest zabezpieczony, bo spoczywa na podstawie silnéj układu obopólnego, którego jednéj stronie samowolnie zrywać nie wolno. A gdyby mimo to znalazła się furtka, przez którą wypowiedzenie „komornego“ na drodze sądowéj uzasadnić się dało, to bardzo wątpimy, ażali naczelna Władza autonomiczna mogłaby w obec kraju usprawiedliwić krok, który według wyżéj przytoczonych słów niekoniecznie nam życzliwego p. Schmerlinga byłby zdolny udaremnić cele naukowe, ażali Władza naczelna autonomiczna mogłaby

*) Odpowiada §. 61 projektu. *Red.*

pozbawić jedynego w kraju Wydziału lek. powstałéj za czasów p. Schmerlinga tyle ważnéj kliniki, która czyni zbytecznêm wydalanie się uczniów do uniwersytetów niemieckich celem kształcenia się w nader ważnéj gałęzi, jak to za naszych czasów było zwyczajem i koniecznością, kliniki, która wykształciła wszystkich specyjalistów obecnie w kraju naszym z tak wielkim pożytkiem dla ogółu pracujących! Prawda, że Wydział krajowy przyrzeka nie naruszać kliniki, dopóki miejsca starczy w szpitalu. Ale czyż klinika zabiera miejsce przeznaczone dla chorych? Wszakże w niéj mieszczą się tylko chorzy i to tacy, których wydalenie ze szpitala nawet w razie wybuchu jakiéjś groźnéj epidemii ze względu na bezpieczeństwo ogółu jest niemożebném, a po części nawet zakazaném. We Wiedniu w razie wybuchu epidemii wolno zabierać oddziały rezerwowe profesorów chirurgii i ginekologii, ale o wypróżnieniu oddziału rezerwowego dla chorób wenerycznych nikomu się nie marzyło jeszcze. U nas co najwięcéj w takim przypadku nadzwyczajnym mogłaby paść ofiarą sala wykładowa profesora chorób wenerycznych, ponieważ sala ta nie jest objętą układem z r. 1870 a używa jéj dotąd profesor bezpłatnie. Jeżeli jednak, jak się na to zanosi, sala ta wykładowa na przyszłość ma być wypuszczona za opłatą, to wtedy i o aneksyi jéj nie może być mowy, chyba jeżeli takowa w kontrakcie przewidzianą będzie. — Tyle dla sprostowania mylnego zdania o klinice chorób skórnych i wenerycznych.

Kwestyja główna, tj. sprawa zbliżenia klinik do szpitala św. Łazarza, którą roztrząsali mowcy w rozprawie ogólnéj, a któréj dotknął prezes Majer oględnie wnosząc poprawkę do §. 12, wymagałaby nierównie więcéj czasu i miejsca, aniżeli my rozporządzamy. Jestto rana otwarta, którą każdy z wezwanych do jéj leczenia sonduje a sprawdziwszy jéj przyrodę odchodzi uznając się niepowołanym do przeprowadzenia kuracyi. Bardzo słusznie p. referent Wydziału krajowego dowodził, że Wydział lek. krakowski nie jest przez Rząd traktowany na równi z resztą wydziałów lek. przedlitawskich; zgadzamy się na to w zupełności, wszak i my zwróciliśmy na tę okoliczność uwagę (w Nr. 32 Przegl. Lek. z r. b.); ale jeżeli wydział nasz lekarski tak skąpo przez Rząd jest uposażonym, czy ztąd wynika, aby naczelna władza autonomiczna, która nie szczędzi wydatków na rozmaite instytucyje, musiała swe oblicze odwrócić od jedynego wydziału lek. z wykładem polskim, dlatego że jest zakładem rządowym, nawet wtedy, jeżeli, jak zapewniał p. referent Namiestnictwa, fundusz krajowy nie jest narażony na żaden uszczerbek. Pomijając już ogólne znaczenie uniwersytetów naszych dla kraju, pytamy się, czy dla Władzy autonomicznéj może być rzeczą obojętną, jak dalece uczniowie medycyny w Krakowie mogą kształcić się dla przyszłego zawodu swego? Utrudnianie zaś choć mimowolne profesorom klinicznym zadania nie może być dowodem uznania ważności jedynéj szkoły lekarskiéj. Prawda, że Wydział krajowy ma prawo zwalenia ciężaru na Rząd, ale jeżeli ostatni nie chce, albo niemoże budować nowych zakładów, czyż Władza autonomiczna nie ma obowiązku w obec kraju, aby przyszła w pomoc uniwersytetowi jagiellońskiemu? A jeżeli się nie rozchodzi o wydatek pieniężny, więc rozchodzi się tylko o strzeżenie zasady, aby o zakładach rządowych myślał Rząd, o krajowych Władza autonomiczna. Ma zapewne dualizm nasz niektóre wielkie niedogodności, ale najmniéj powinny one się odbijać na uniwersytecie jagiellońskim.

Jeżeli prezes Majer żądał dodatku do §. 12, aby taki sam stosunek, jaki istnieje w oddziale położniczym mógł być na przyszłość ustanowionym w miarę sposobności i w innych oddziałach szpitalnych, to nie żądał on wcale, aby jak to niektórzy mówcy podnosili, profesor ipso facto był prymaryjuszem; stanął on poniekąd więcéj po stronie Wydziału krajowego, chcąc zawarować mu możność mianowania profesora prymaryjuszem, gdyby to uznał za stósowne. Rana atoli, która dolega Wydziałowi lek., nie byłaby uleczoną nawet w razie przyjęcia téj poprawki. Tu potrzeba środków radykalniejszych. Kliniki nieszczęsnym zbiegiem okoliczności przed kilkudziesięciu laty wyniesione ze szpitala św. Łazarza prędzéj czy późniéj doń wrócić powinny. Stosunek klinik do szpitala powinien być taki, jaki istnieje we Wiedniu; tam kliniki mieszczą się w szpitalu powszechnym; każdy profesor obok swéj kliniki ma oddział rezerwowy nierównie większy, aniżeli klinika; tak np. prof. Billroth ma w klinice łóżek 33, w oddziale 54, prof. Dumreicher w klinice 26, w oddziale 62, prof. Duchek w klinice 30, w oddziale 52, prof. Bamberger w klinice 30, w oddziale 45, prof. Dittel w klinice 44, w oddziale 62 itd. Kliniki wiedeńskie utrzymuje fundusz naukowy, oddziały zaś rezerwowe fundusz krajowy. Naczelnik kliniki jako profesor podlega ministerstwu, jako lekarz oddziału zaś dyrektorowi szpitala. Oprócz tego uregulowane są najdokładniéj wszystkie stósunki, jak np. co do mianowania asystentów, sekundaryjuszów, aspirantów, co do przyjmowania i odsyłania chorych, co do korespondencyi na zewnątrz, którą nawet dla klinik uskutecznia dyrektor itd. Wszystko idzie tam ładnie i składnie; my tylko obawiamy się ciągle strasznych jakichś następstw wynikać mogących ze zderzenia się reprezentantów rządu i samorządu. Czyż obawy te nie są ogromnie przesadzone i czy takt ludzi wykształconych nie jest dostateczną rękojmią, że nie przyjdzie do zaburzeń mogących zakłócić porządek publiczny!

Z drugiéj strony atoli musielibyśmy się stanowczo oświadczyć przeciw temu, aby profesorowie kliniczni ipso facto byli prymaryjuszami w têm znaczeniu, aby obok nich nie było już prymaryjuszów; monopol taki bowiem byłby nader szkodliwym dla ruchu naukowego, zwłaszcza w obec braku drugiego wydziału lek. w kraju naszym; byłaby to arenda, wykluczająca wszelkie godziwe współzawodnictwo, a pociągająca za sobą wygórowane mniemanie o własnéj wielkości, têm szkodliwsza, o ile ważna gałąź lekarska musiałaby leżeć odłogiem na długie lata, gdyby profesorowi zachciało się spoczywać na wawrzynach rzeczywistych lub urojonych, podczas gdy młodsze siły dla braku posady i materyjału byłyby pozbawione możności wyręczenia tego, który nie poczuwa się do pracy naukowéj. Nie jesteśmy nawet za têm, aby profesorowie kliniczni obciążali się zbyt wielkiemi oddziałami rezerwowemi; rozchodzi się bowiem tylko o zapewnienie klinikom materyjału naukowego, a nie o obarczenie profesorów obowiązkami, którym, jak słusznie podniósł p. referent Wydziału krajowego, nie zdołaliby może uczynić zadość, a zmuszeni w takim razie do wyręczania się sekundaryjuszami spaczyliby całą sprawę.

Jeżeli zaś jest mowa o stósunku i zbliżeniu klinik do szpitala, nie chcielibyśmy, aby ten stosónek był jednostronnym. Jeżeli kliniki mają zbliżać się do szpitala, niechaj to nie będzie inwazyja lub okupacyja, lecz stosunek sąsiedztwa życzliwego i wzajemnéj gościnności. Profesorowie klinik winni przestrzegać gorliwie z jednéj strony praw swoich, a z drugiéj obowiązków względem szpitala; tak np. powinni baczyć na to, aby asystenci nie przesyłali z klinik do szpitala cho-

rych bez dokładnych historyj chorób, a wiemy, że niestósowanie się do tego przepisu już nieraz było powodem starć niemiłych. Wreszcie, a co najważniejsza, Wydział lekarski powinien dbać o to, aby siły prymaryjuszów uzdolnionych spożytkowane zostały na cele jedynéj naszéj szkoły lekarskiéj, a gdyby w gronie jego znalazł się reprezentant ważnéj gałęzi, który sam sobie wystarcza, a otaczając się murem chińskim każdego uważa za wroga śmiertelnego, który do tego muru się zbliża, natedy obowiązkiem staloby się Wydziału lek. przypomnieć lękliwemu, że jeżeli zniechęcenie sił młodszych wszędzie jest niewłaściwém, to w biednym kraju naszym jest wprost szkodliwém, i że bynajmniéj nie jest rzeczą chlubną dla samego Wydziału, jeżeli w razie wakansu szukać musi kandydata na całéj kuli ziemskiéj.

Tuszymy sobie, że rząd i samorząd podadzą sobie ręce i że zabezpieczą klinikom naszym byt lepszy i trwały. A jeżeli profesorowie kliniczni będą lekarzami oddziałów rezerwowych, prymaryjusze zaś szpitalni docentami, wtedy wszystkie czynniki składać się na to będą, aby szpital powszechny nasz był nie tylko lecznicą, ale i zakładem naukowym, a wtedy kraj będzie miał prawo domagać się, aby ten zakład stał się dla niego tém, czém dla państwa jest szpital powszechny we Wiedniu; wtedy każdy przyzna, że rząd i samorząd dobrze zasłużyły się społeczeństwu naszemu.

Prof. Blumenstok.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**. d. 7 listopada. Reskryptem z d. 19 października rb. J. E. p. Minister spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem wyznań i oświaty zamianował Dra Alfreda Biesiadeckiego, krajowego referenta spraw zdrowia, przewodniczącym komisyi do egzaminów lekarzy mających się odbyć w roku 1878/9 w myśl ustawy z d. 21 marca 1873 L. 37 d. u. p., a zastępcą przewodniczącego prof. Dr. Gustawa Piotrowskiego.

Egzaminatorami i ich zastępcami przy rzeczonych egzaminach mianował p. Minister: 1) z higijeny i ustawodawstwa sanitarnego prof. Dra Janikowskiego egzaminatorom, docenta Dra Kazimierza Grabowskiego zastępcą; 2) z medycyny sądowéj prof. Dra Leona Blumenstoka egzaminatorem, zast. prof. Dra Tadeusza Browicza zastępcą: 3) z farmakognozyi prof. Dra Ignacego Czerwiakowskieuo egzaminatorem, prof. Dra Edwarda Janczewskiego zastępcą; 4) z chemii prof. Dra Aleksandra Stopczańskiego egzaminatorem, prof. Dra Emila Czyrniańskiego zastępcą; 5) z policyi weterynaryjnéj weterynarza powiatowego Dra Karola Raspa egzaminatorem, weterynarza krajowego Dra Józefa Wernera zastępcą.

* P. Benett Standford w Londynie przeznaczył kwotę 100 funtów szterlingów za najlepszą rozprawę o wściekliźnie z przeważném uwzględnieniem szczenia się jéj w trójkrólestwie W. Brytanii. *Royal College of Physicians* w Londynie ogłasza w skutek tego konkurs do 1 stycznia 1880 r., do którego to dnia rozprawy napisane w języku angielskim lub innym, ale z dołączeniem tłumaczenia angielskiego, nadsyłane być winny do tegoż towarzystwa. Ministerstwo oświaty we Wiedniu otrzymawszy wiadomość o tym konkursie za pośrednictwem Ministerstwa spraw zagranicznych, zawezwało wszystkie Wydziały lekarskie w krajach w Radzie państwa reprezentowanych, aby postarały się o rozpowszechnienie téj wiadomości. Z bliższemi warunkami konkursu zapoznać się można w biórze dziekana Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.

* *D. med. Wochenschrift* (Nr. 44) zawiera wiadomość uderzającą, że Dr. Rydygier znany Czytelnikom naszym z licznych prac, zrzekł się docentury w Jenie, aby oddać się praktyce w ojczyźnie swojéj. Nam dotąd nic o tém złożeniu docentury niewiadomo, a tém mniéj, dokąd szan. współpracownik nasz się przenosi.

Równocześnie donoszą, że Dr. Mayerhofer, prof. nadzw. ginekologii we Wiedniu, zrzekł się profesury, i zamierza osiąść jako ginekolog w jedném z większych miast Azyi.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 42 (od 13 do 19 października włącznie) umarło w Krakowie razem osób 43; męż. 16, kob. 27; w obwodach osób 20, w szpitalach 23; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 39,9.

* **Nekrologija**. W Fryburgu umarł prof. chirurgii Dr. Karol Hecker.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

* **Konkurs** na dwie posady prymaryjuszów i dwie posady sekundaryjuszów przy zakładzie krajowym dla umysłowo-chorych na Kulparkowie. Lekarze obowiązani są mieszkać w zakładzie. Pobory z powyższemi posadami połączone są następujące: *A)* prymaryjuszów, *a)* płaca roczna 1500 złr. *b)* pomieszkanie z opałem, *c)* wikt, *d)* dodatek pięcioletni po 200 złr.; *B)* sekundaryjuszów, *a)* płaca roczna po 1000 złr. *b)* pomieszkanie z opałem, *c)* wikt, *d)* dodatek pięcioletni po 150 złr. Podania wniesione na posadę lekarza na podstawie konkursu dawniejszego uważane będą przy teraźniejszym konkursie za wniesione na posady sekundaryjuszów. Podania wnosić należy po dzień 30 listopada 1878 do Dyrekcyi zakładu na Kulparkowie bezpośrednio, lub jeżeli kandydat już obecnie zostaje w służbie publicznéj przez swoją władzę przełożoną.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 16 listopada 1878. №. 46. Rok XVII.

I. Teoryja neuropatyczna przeziębienia.

(Odczyt miany na posiedzeniu sekcyi lwowskiéj Tow. lekarzy galic. z dnia 25 maja 1878 r.)

Podał Dr. **A. Wagner**, lekarz kolejowy we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

Tak samo rzecz się ma z eliminacyją pierwiastków wynikających z czynności mięśni. Wyżéj wspomnieliśmy, że z rdzenia pacierzowego udają się do mięśni i do skóry nerwy rozszerzające naczynia. Impuls woli wywołujący skurcz mięśni łączący się z pobudzeniem takich nerwów rozszerzaczy z tego względu wielkie ma znaczenie, ponieważ przez to bardzo się ułatwia praca mięśni. Przez większy bowiem napływ krwi do pracującego mięśnia nie tylko części zużyte szybko się odnawiają, ale też i prędko wykluczają się pierwiastki znużenie sprawiające, jako to: kwas mlekowy, fosforany, kwas węglowy, które wypadają z czynności mięśni i stają się przezto nieszkodliwemi. Przy większém natężeniu mięśni występuje czynność rozszerzaczy naczyń skórnych, czynność nerwów potnych *(Luchsinger)* i w skutek większego napływu krwi do skóry, CO_2 przez skórę (Röhrig) i inne pierwiastki obficie wydzielonym potem z ciała się wydalają. Przez odruch chorobliwy antagonistów tychże nerwów z przeziębienia powstałe mogą się te pierwiastki we krwi nagromadzać i stać się przyczyną zaburzenia ogólnego, a jeżeli nie zapalenia błon surowiczych, to przynajmniéj newralgii w tychże błonach (Forster, Külz). Daléj wiemy, że po każdéj czynności bądź prawidłowéj, bądź chorobowéj układu nerwowego następuje wyczerpnienie, wysilenie; z tego wynika, że chorobowe pobudzenie w mowie będące kolejno przeskakiwać może z jednego ośrodka na drugi, zwłaszcza, że jak mówiliśmy, obok głównego ośrodka naczynioruchowego leżącego w rdzeniu przedłużonym są jeszcze rozrzucane wzdłuż całego rdzenia takie ośrodki solidarnie z sobą związane, tak że jeden ośrodek przyjmuje na siebie czynność, któréj drugi nie dopełnia. Możemy więc mieć przed sobą na przemian i przekrwienie i niedokrewność w przeróżnych obrębach naczyniowych bądź równocześnie, bądź w kolejném następstwie czasu. Taki przebieg opisuje zgodnie z prawdą Seitz a także i ja kilkakrotnie stwierdziłem (Ziemssen *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, 13 t. część I. str. 229).

Jeżeli podnieta zimna działała dłuższy czas na nerwy czuciowe, to może nastąpić zaburzenie w ustroju i bez tych odruchów nieprawidłowych tylko w skutek wysilenia ośrodka ciepłoty, co zawsze z gorączką jest połączone. Ośrodek bowiem ciepłoty jak wszelki inny ośrodek początek swego podrażnienia i przedrażnienia bierze nie tylko bezpośrednio we krwi podczas stykania się z nią, ale i inne nerwy mogą mu przekazać swe podrażnienie. Tak widzimy gorączkę powstałą z przelęknienia, z wielkiego wzruszenia umysłu, z bolu podczas kateteryzowania. I jakoż zmieniło się w ostatnich czasach nasze zapatrywanie na gorączkę, od czasu jak wykryto ośrodek ciepłoty. Gorączki nie można już teraz uważać za cechę nierozłączną zapalenia lub zakażenia, tak że mielibyśmy tam, gdzie jest gorączka, szukać koniecznie obecności aczkolwiek ukrytéj jakiegoś zapalenia lub zakażenia. Możemy ją tylko uważać jako przypad względnie niezależny, jako więcéj samoistne powikłanie niemocy. Prawda, że gorączka po największéj części powstaje z materyjalnego zanieczyszczenia krwi, bądź obcemi istotami, bądź substancyjami rozpadowemi z ognisk zapalnych pochłonionemi. Lecz te przymieszki o tyle sprawiają gorączkę, o ile na ośrodek ciepłoty drażniąco działają; gorączka atoli zależy zawsze od stanu ośrodka. Największe zakażenia śmiercią nawet kończące się i to bez najmniejszych zmian miejscowych tylko z zapadu sił, np. dyfteryja, dur, malaryja itp., przebiegają czasem bez gorączki, tak że nie można jéj brać za cechę ciężkości choroby pierwotnéj. Należy ją raczéj uważać za chorobę układu nerwowego, że tak powiem za nerwicę, na co dostatecznie wskazują torowość, regularne powroty jéj nasileń i zwolnień, łatwość z jaką pewne układ nerwowy wzniecające środki: gorczyczniki, chinin w małych nawet dawkach, na-

pady gorączki stłumiają. Nie ulega przeto żadnéj wątpliwości, że istnieją gorączki samoistne, tak zwane esencyjonalne dawnych lekarzy, niezależne od zapalenia lub zakażenia, a do tych należą gorączki wynikające z przeziębienia, z któremi się prawie co dzień u dzieci spotykamy i co zwykle na karb jakiejś hipotetycznéj choroby kładziemy.

Przystępując teraz do warunków, pod jakiemi przeziębienie do skutku przychodzi, zapoznać się musimy z własnością tak czynnika wywierającego działanie, jak i osobnika działanie to odbierającego, bo rozmiary odruchów zależą, jak mówiliśmy, z jednéj strony od natężenia podniety, a z drugiéj strony od pobudliwości układu nerwowego.

A. Warunki zewnętrzne.

Co do tychże wiemy, że otoczenie wyprowadza ciepło z ciała na mocy: 1) promieniowania, 2) przewodnictwa, 3) parowania, 4) zimna pokarmów i napoju.

1) Promieniowanie. Jakkolwiek w zwykłych naszych stosunkach bezpośrednie promieniowanie miejsca nie ma, bo zwykle nasze ciało okrywamy, a z przykrytego ciała ciepło najprzód przebywać musi przez odzież a dopiero z jéj powierzchni promieniować może, wywiera ono zawsze jakiś wpływ na oziębienie ciała. Dlatego też wspomnieć wypada o doświadczeniach Wellsa do promieniowania się odnoszących. Wells umieściwszy deskę na czterech podstawkach położył dwa termometry jeden na desce a drugi pod nią i przekonał się, że podczas jasnéj nocy termometr będący na desce wskazywał o 5° C. niższą temperaturę od termometru pod deską. Termometr umieszczony pod dachem papierowym wskazywał o 5·5° C. wyżéj, niż termometr nieprzykryty. Potém wykazały doświadczenia, że najmniejsza zasłona rozpostarta nad jakimś przedmiotem, choćby była nawet tak delikatna jak sieć pajęcza, wstrzymuje promieniowanie. Ogrodnicy chcąc zabezpieczyć od zimna delikatne rośliny używają tylko cienkiéj osłony słomianéj i przez to swój cel osiągają. Widzimy więc z tego, jak łatwo przeziębić się można, jadąc podczas pogodnéj nocy w otwartym powozie, sypiając pod gołém niebem. Jakikolwiek dach rozpostarty nad powozem równa się już ogrzewaniu powietrza o 5° C. I ubyło też u służby kolejowéj chorób przeziębnych od czasu, jak dachy dla hamowników *(Bremser)* i dla maszynistów zaprowadzili, które ich nie tylko od deszczów, ale też od zimna pogodnéj jasnéj nocy ochraniają. Osądzić daléj możemy, jak dzieci narażają się na przeziębienie odkrywając się we śnie. Promieniowanie z tego względu ma jeszcze znaczenie, że jakieś ciało oziębiając się przez nie, oziębia też powietrze, które się z niém styka, dlatego też powietrze w blizkości ciał mocno promieniujących będzie zawsze zimniejsze. Trawa, rośliny w ogólności lepiéj promieniują niż piasek i kamienie, to też na wsi noce letnie są chłodniejsze niż w mieście, pomieszkania parterowe zimniejsze niż piętrowe. Glaisher zawieszał termometr w rozmaitych wysokościach nad łąką, a przyjąwszy za 1000 oziębienie termometru, kiedy był zawieszony na wysokości najwyższéj trawy, otrzymał następujące cyfry do wyznaczenia odpowiedniego oziębienia się termometru na wskazanych poniżéj wysokościach:

	Promieniowanie
Trawa wysoka	1000
Cal nad trawą	671
Dwa cale nad trawą	570
Trzy cale „ „	477
Sześć cali „ „	282
Stopa nad trawą	129
Dwie stopy nad trawą	86
Cztery „ „ „	69
Sześć „ „ „	52

(John Tyndall: Ciepło jako rodzaj ruchu tłumacz. Masłowskiego. Str. 442.)

2) Przewodnictwo. Co do przewodnictwa powietrza, to dokładnych wiadomości o tém nie mamy, kwestyja przewodnictwa gazów i cieczy nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Tyle tylko w ogóle wiemy, że suche, czyste powietrze liczy się do najgorszych przewodników ciepła, lecz nasycone parą wodną, zwłaszcza zawierające pyłki wodne, wodę w postaci mgły, staje się doskonałym przewodnikiem ciepła. Zależy to prawdopodobnie od własności pochłaniania ciepła, jaką para wodna i woda posiada. Para wodna w zwykłych stosunkach (0·45% — 0·50%) w powietrzu zawarta pochłania według Tyndala 70—80 razy więcéj niż powietrze, w którém jest rozdzielone, więc jedna drobinka pary wodnéj chłonie blisko 15,000 razy więcéj ciepła niż jeden atom azotu lub tlenu. Możemy sobie wyobrazić, jak wielki wpływ ma wilgoć na przeziębienie i na choroby z niego wynikające. Śmiało więc powiedzieć można, że przeważna część chorób z wilgotnych pomieszkań powstających początek swój zawdzięcza li tylko owym ciągłym przeziębianiom. Boć trudno nawet opalać takie pomieszkanie w zimie, 537·2° C. jednostek ciepła utaja się przy wieczném parowaniu wody z wilgotnych ścian, potém ciepło gatunkowe pary wodnéj jest 2 razy większe niż powietrza, a ciepło gatunkowe wody (mgły) 4 razy większe niż ciepło gatunkowe ostatniego. (To znaczy, że do ogrzewania wody o jeden stopień potrzeba 4 razy a pary 2 razy tyle ciepła, ileby trzeba było do ogrzewania powietrza o 1°.) O ile inne przymieszki gazów przyczyniają się do ochłodzenia powietrza, okazuje następująca tablica Tyndalla, podająca względne pochłanianie ciepła przy wspólném ciśnieniu jednéj atmosfery: powietrze 1, tlenek węgla 90, kwas węglowy 90, olejki lotne roślin 90, ozon 100, tlenek dwuazotu 355, kwas siarkowodowy 390, gaz bagienny 403, amoniak 1194. (Co do olejków lotnych wzięto tutaj tylko liczbę przeciętną, olejek różany pochłania np. 37, tymian 68, kwiat rumianku 87, lewarda wielka 355, anyż 372 razy tyle co powietrze). Przez to stają się dla nas zrozumiałemi upały letnie po miastach a chłód świeży powietrza wiejskiego i górskiego.

Więcéj aniżeli przez same przewodnictwo odprowadza się ciepła z organizmu przez przenoszenie się ciepła, to jest przez prądy powietrzne powstające w otoczeniu ciała. Powietrze bowiem przy powierzchni ciała ogrzane uchodzi w górę, a w jego miejsce napływające z dołu świeże powietrze swobodniéj dotyka powierzchni ciała, kosztem którego się ogrzewa. Prądy te zmieniającego się powietrza są tém silniejsze, im chłodniejsze jest powietrze otaczające. Przy ciepłém powietrzu są one powolniejsze. Staramy się wprawdzie za pomocą odzieży powstrzymywać te prądy, ale pomimo tego szybkość przeciągu powietrza śród odzienia wynosi zawsze około ½ metra na sekundę. Rozumie się, że przy przesuwaniu się obok ciała coraz nowych warstw powietrza z innéj przyczyny powstałém np. z wiatru, z przeciągu, straty ciepła z organizmu będą jeszcze większe. Z tego wynika, że wszelkie obnażenia ułatwiające ów nieustanny przeciąg powietrza z dołu ku górze przeziębienia nabawić może, jak to ma miejsce przy zdjęciu chustki ze szyi, po ostrzygnięciu włosów, brody, co wszystko tamując wspomnione prądy po

wietrza z dołu ku górze ogrzane powietrze dłużéj obok ciała zatrzymuje. Tu należą też prądy powietrzne ukazujące się w zimie przy ścianie pomieszkania, wychodzącéj na ulicę. A gdyby lekarze więcéj na to zważali, to prędzéj udałoby się im przestawieniem łóżeczka w inne miejsce usunąć gruby nos dziecka z należącemi do niego gruczołami obrzmiałemi w okolicy szyi, aniżeli przez zadawanie tranu rybiego i wody iwonickiéj.

3) Parowanie. Barral obrachował, że utrata cieplika przez parowanie (800 — 1000 gramów wody na dobę u człowieka dorosłego) wynosi 67·22% na 100% przychodu cieplika. Ubytek cieplika przez parowanie powiększa się podczas pocenia, a narażamy się na przeziębienie, jeżeli bieliznę spoconą na ciele zostawiamy aż do wyschnięcia, albo jeżeli odzienie zamaczamy. Wspomnieliśmy już, że podczas parowania, które się w każdéj temperaturze odbywa, 537·2° C. jednostek ciepła się utaja; tłumaczy to dlaczego przeziębienia u dzieci tak często się zdarzają po myciu podłogi, jeżeli się nie przestrzega ostrożności, by stósownie do tego lepiéj pokój opalać, dlaczego dłuższy pobyt wieczorami w ogrodzie, gdzie woda z roślin paruje, przeziębienia nabawić się można. Parowanie też wiele się przyczynia do większego chłodu w lecie na wsi, niż po miastach, gdyż woda z wilgotnych roślin wiecznie się ulatnia itp.

4) Zimno pokarmów i napoju. Barral obliczył, że człowiek traci cieplika na ogrzanie pokarmów tylko 1·94% w normalnych stosunkach. Zdawać by się mogło, że wahania pod tym względem nie mogą być wielkie, a jeżeli są, nie powinny być szkodliwemi, skoro utrata cieplika przez skórę bez szwanku dla zdrowia w normalnych stosunkach podług Barrala i innych 67·22% wynosi. Jednakowoż tak nie jest. Wszakże znane są lekarzom i nielekarzom złe skutki picia zimnéj wody podczas rozgrzania ciała. Szkodliwy ten wpływ stwierdzony przez liczne spostrzeżenia na chorych wykazali doświadczeniem fizyjologicznem Hermann i Ganz. Zimna woda dostawszy się do żołądka nie tylko naczynia ostatniego narządu zwęża, lecz wpływa też przez jego cienkie ściany na zwężenie licznych naczyń wątroby, śledziony, przepony, siatki i jelit przylegających do żołądka. Bezpośredniém następstwem téj niedokrewności tętniczéj jest nagłe podwyższenie ciśnienia ościennego w tętnicach, co stać się może powodem przekrwienia nawałowego w innych narządach, a osobliwie w płucach ze wszystkiemi skutkami, co wtenczas zwłaszcza łatwo nastąpić może, jeżeli czynność serca z innéj jakiejś przyczyny, z rozgrzania, z natężonéj pracy mięśniowéj, jest zwiększona.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O metodzie leczniczéj zwanéj goerbersdorfską.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46.)

Posłuchajmy, jak on tłumaczy działanie procedur hydryjatycznych, o których powyżéj wspominamy. Oto one są przyczyną, że organizm utraca przez skórę nie tylko wiele [ciepła ale i wiele wody; utrata pierwszego zmusza do wynagrodzenia ciepła przez przyjęcie nowych pokarmów; przez utratę wody wszystkie tkanki się zagęszczają a przez to o tyle są odpowiedniejsze, o ile ubytek wody znosi odporność tkanin. Utrata wody z układu nerwowego jest przyczyną, że nerwy same są odporniejsze, tj. że potrzebują silniejszych wrażeń, aby przejść ze spoczynku w stan czynny a zadrażnione prędzéj przeprowadzają wrażenie do świadomości i prędzéj przenoszą z mózgu, że tak powiem, rozkaz, który jest skutkiem otrzymanego wrażenia. Dla dokładniejszego zrozumienia przytaczam słowa Jaegera, gdy mówi o działaniu zimna na zahartowanych i zniewieściałych ludzi; u pierwszych musi stopień zimna być znaczniejszy, aniżeli u zniewieściałych, aby powstało wrażenie. A daléj, gdy u zniewieściałych zimno wywoła zwężenie naczyń skóry przez dłuższy okres czasu trwające, u zahartowanych skutkiem szybszego przewodnictwa nerwów, po krótkotrwałém zwężeniu, następuje ich rozszerzenie, które u zniewieściałych zbyt często zapóźno się zjawia a przez to pierwsi odpierają szkodliwe wpływy, które u zniewieściałych właśnie z powodu leniwego przewodnictwa najrozmaitsze zboczenia wywołują.

Do niedawna brakowało nam definicyi, co przez wrażliwy organizm rozumieć należy i zadowalaliśmy się stwierdzaniem faktu, że jedni przy lada sposobności zapadają na zdrowiu a inni bezkarnie na rozmaite wadliwe wpływy się narażają; dzisiaj wraz z G. Jägerem odwołujemy się do powyżéj podanego określenia, co przez wrażliwość organizmu rozumieć należy i teraz rozumiemy dokładnie doniosłe działanie natrysków nie tylko na chorobę płucną istniejącą, ale co ważniejsza działanie zapobiegawcze (profilaktyczne) tuszów i podobnych procedur hydryjatycznych. Po tém więc sądzę nie wyda się czytelnikowi dziwném, jak można kaszlącego lub co gorsza krew wykrztuszającego narażać na przeziębienie, jakie natryski wywołują, albowiem nie tylko doświadczenie ale i fizyjologiczne działanie natrysków poucza, że stan wywołany należytém stósowaniem tuszów nigdy nie sprowadza przeziębienia ale przeciwnie chroni od przeziębienia; przyczyny, na karb któréj najczęściéj suchoty kładziemy.

Jednak przeziębienie nie jest jedyną przyczyną suchot, ale takowe bywają bardzo rozmaite, i jeśli dla usunięcia zbytniéj wrażliwości organizmu natryski są nie tylko bardzo odpowiednie, ale bardzo pożądane, ztąd niekoniecznie wynika, aby zastósowanie procedur hydryjatycznych było właściwém w innych razach. Przypatrzywszy się jednak najczęstszym przyczynom suchot i uzmysławiając sobie działanie natrysków musimy stanowczo twierdzić, że one zawsze są pożądane, bo w końcu każda przyczyna suchoty wywołująca przysparza organizmowi szkodliwéj wrażliwości. Weźmy dla przykładu błednicę, która, jak wiadomo bardzo często jest zapowiedzią suchot u niewiast; czyż przyspieszona odnowa pod wpływem natrysków nie usunie wcześniéj błednicy przy racyjonalném i przyczynowém leczeniu, aniżeli, gdy o przyspieszeniu odnowy zapominamy? Wiadomo, że w rzędzie przyczyn suchot zboczenia nerwowe odgrywają niepoślednią rolę a przecież najdzielniejszym środkiem usuwającym te zboczenia jest znowu woda, należycie zastósowana. Mniejsza więc o to, czy organizm cierpi skutkiem grzechów młodości, czy wyniszczenie nastąpiło po samogwałcie, fizycznych lub moralnych wysileniach; w materyjalnych zmianach, jakie te zboczenia sprowadzają, odgrywają nerwy ważną rolę, których cierpienia najłatwiéj usuwa woda. Ale przypuśćmy wreszcie, że twierdzenie Benekego jest prawdziwe i że przyczyną suchot są materyjalne zmiany w budowie płuc i serca, czyż i w takim razie natryski są korzystne i mogą usunąć chorobę, która w przyszłości ma wystąpić? Jeśli przypomnimy sobie chwilę rozwoju organizmu i uprzytomnimy procesy odbywają-

ce się w organizmie w chwili dojrzewania, odpowiemy stanowczo wraz z Benekem, że procedury hydryjatyczne są właśnie najstosowniejsze, bo za ich pośrednictwem możemy wpłynąć w chwili rozwoju serca i naczyń, że pierwsze nie będzie za małe, ostatnie nie będą za wąskie, gdy z jednéj strony należycie będą odżywiane a z drugiéj przez wpędzenie do nich większéj ilości krwi pojemność ich zwiększać będziemy. Naczynia tętnicze o ścianach jędrniejszych muszą ułatwiać krążenie w żyłach, w których krew zatrzymywać się nie będzie a przeto niestosunek między układem tętniczym a żylnym nie powstanie. Nie będę rozwodził się nad tém, w jaki sposób procedury hydryjatyczne mogą usunąć nieprawidłową budowę płuc, jaką Benecke u suchotników przypuszcza, choćby dlatego, że w teoryi wyrozumuje sobie to łatwo czytelnik, a w gruncie rzeczy nie twierdząc, że przypuszczenia takie Benekego są prawdziwe, nie mam powodu dowodzić, że to jest możliwém. Przypomniałem twierdzenie Benekego jedynie z téj przyczyny, aby wykazać doniosłe działanie procedur hydryjatycznych nawet w takich przypadkach, w których przyczyną zboczeń w płucach są zmiany anatomiczne i nieprawidłowości w budowie, które niewątpliwie najtrudniéj usunąć.

Najważniejszy jednak mojém zdaniem wpływ a zarazem najkorzystniejszy przypisywałbym gimnastyce płuc jako miejscowemu leczeniu; podczas gdy bowiem dotąd rozbierane czynniki przyczyniły się do odnowy organizmu w ogólności, gimnastyka płuc odnawia bezpośrednio drogi oddechowe a pośrednio działa korzystnie na cały organizm. Tu winienem wypowiedzieć, co przez gimnastykę płuc rozumiemy. Stanowią ją głębokie wdechy i wydechy przy zamkniętych ustach, pod których wpływem nie tylko całe płuca się rozszerzają, lecz przy odpowiedniém ustawieniu klatki piersiowéj szczególnie szczyty płuc, od których najczęściéj zajęcie płuc chorobowe się zaczyna, i które w wielkiéj ilości przypadków są siedzibą choroby. Mniejsza o to, czy anatomicznie rozbierając rzecz, choroba płuc rozpoczyna się w grubych oskrzelach i przenosząc się na najdrobniejsze oskrzelka zajmuje wreszcie pęcherzyki płucne, czy we wręcz przeciwnym kierunku choroba się rozwija, w każdym razie cierpią zatkane chorobowemi wydzielinami pęcherzyki płucne i ich najbliższe otoczenie; zatkane pęcherzyki, gdy ilość ich jest znaczniejsza, utrudniają utlenianie się krwi a zalegające wydzieliny ciągłe wywołują odpowiednie zboczenia w swém otoczeniu i szkodliwie wpływają szczególnie przy łatwym rozkładzie wydzielin na rozwijającą się lub istniejącą chorobę. Rozbierając zaś wyniki głębokiego oddychania stwierdzamy, że pod ich wpływem utlenianie się krwi jest raźniejsze i doskonalsze, albowiem do rozszerzonych pęcherzyków łatwiéj powietrze dochodzi a naczyńka pęcherzyków właśnie z powodu rozszerzania pęcherzyków mogą więcéj krwi pomieścić. Ułatwione utlenianie się krwi i krążenie jéj, (które przy głębokiém oddychaniu szybciéj się odbywa, albowiem ruchy serca w takim razie są szybsze), przyczynia się nie tylko i bezpośrednio do odnowy dróg oddychowych, ale pośrednio do odnowy całego organizmu a mianowicie o tyle, o ile ona zależy od utlenionéj i szybciéj krążącéj krwi, a zarazem do wzmocnienia ciała, o ile ono zawisło od odwodnienia tkanin i całego organizmu. Większa ilość krwi, jaką pęcherzyki zawierają, wpływa korzystnie na przesiąkanie, które tém łatwiéj się uskutecznia, im wodnistszą jest krew, a następstwem przesiąkania jest łatwiejsze oddzielanie się wydzielin od ścian pęcherzyków i oskrzelek, doskonalsze ich odżywianie a wreszcie wykrztuszanie chorobowych wydzielin, które szczególnie ułatwiają głębokie ruchy oddechowe. Głębokiemi oddechami naśladujemy właściwie naturę, sprowadzając sztuczny a bardzo powolny kaszel, za pomocą którego przyroda się pozbywa szkodliwych czynników, jakie tworzą zalegające wydzieliny a jedyną różnicą między kaszlem a z umysłu głębokiém oddychaniem jest to, że w ostatnim razie wdech i wydech są głębsze i powolniejsze a przeto wyniki tychże muszą być dokładniejsze.

Nie chcąc zbyt nużyć czytelnika, nie będę się rozwodził nad korzystnym wpływem kwasorodu, tém bardziéj, że powtarzałbym rzeczy każdemu znane; zamilczę również o kwasie węglowym, którego szkodliwe skutki są każdemu wiadome, pomijam wreszcie parę wodną, którą w bardzo znacznéj ilości przez płuca utracamy a któréj Jäger przypisuje bardzo ważną rolę, ale zauważyć muszę, że przez głębokie oddechy więcéj kwasorodu przywłaszczamy organizmowi, więcéj wydalamy kwasu węglowego i pary wodnéj a przez to dzielnie wspomagamy odnowę dróg oddychowych i całego organizmu. Że gimnastyka płuc znakomicie wpływa i korzystnie oddziaływa na rozwijające się lub istniejące suchoty, tego dowodzą wreszcie twierdzenia Rokitańskiego i Traubego, które pozwolę sobie czytelnikowi przypomnieć. Jak wiadomo pierwszy twierdził, że przepełnienie krwią płuc *(Venositaet und Cyanose)* nie usposabia ale chroni od suchot a Traube udowadniał, że utrudniony odpływ krwi z żył płucnych i skutkiem tego zwiększone przesiąkanie surowicy krwi do dróg oddechowych uniemożliwia rozwój przewlocznego zapalenia płuc. Czy twierdzenia obu badaczy są niezbitemi pewnikami, nie mam prawa rozstrzygać, ale zestawiając je z niejednokrotnie stwierdzonym faktem, że zwężenie ujścia tętnicy płucowéj bardzo usposabia do suchot płucnych, widzimy, że od ilości krwi krążącéj w płucach zależy większa lub mniejsza skłonność do suchot płucnych. Niezaprzeczenie najlepszym środkiem, który wywołuje przepełnienie krwią dróg oddechowych, jest gimnastyka płuc czyli głębokie wdechy i wydechy, które ułatwiają wielce krążenie. Jakkolwiek niekompetentny do tłumaczenia twierdzeń Rokitańskiego i Traubego, przechylałbym się więcéj na stronę tych badaczy, którzy opierając się na twierdzeniu Traubego przypisują przedewszystkiém dokładnemu odżywianiu płuc krwią tętniczą nieusposobienie *(Immunitas)* do suchot płucnych i przyznają się, że takie tłumaczenie wydaje mi się już dlatego prawdziwe, że nie jest ono wyszukane, ale proste a bardzo jasne. Zanim zakończę o korzystnym wpływie gimnastyki płucnéj, muszę jeszcze wspomnieć o zserowaceniu *(Neigung zur Verkäsung)* patologicznych tworów w płucach, które słusznie budzi największe obawy w przebiegu chorób płucnych. I tutaj nie mam prawa tłumaczyć, od czego zserowacenie zależy i dlaczego jest ono niekorzystném, ale zdaje mi się, że nie rozminę się z prawdą twierdząc, że zserowacenie tworów chorobowych właśnie zależy od niedokładnego odżywiania krwią tętniczą, któréj nadmiar nie dopuszcza do przemiany serowatéj ale ułatwia wydalenie z organizmu lub też przemianę tłuszczową tych tworów. Z tego więc, co dotąd zebrałem, wydaje mi się bardzo prawdopodobném, że suchoty płucne polegające na niedokładném i niedostateczném odżywieniu płuc najłatwiéj leczyć powinno dokładne odżywienie płuc czyli przepełnienie krwią tętniczą i łatwy odpływ krwi żylnéj, które to stany gimnastyką płuc każdéj chwili stworzyć można. Jeśli więc tłumaczenie moje nie jest mylném, w takim razie zupełnie usprawiedliwiłem, dlaczego na gimnastykę

płucną największy nacisk położyłem i ja najdzielniejszym środkiem leczniczym w suchotach płucnych nazwałem.

Na tém mógłbym zakończyć moje sprawozdanie z tego co własnemi oczyma widziałem, nie narażając się na zarzut, że nie wywiązałem się z założenia, bo o ile mi się zdaje, opisałem wszystko, co stanowi metodę leczniczą, zwaną powszechnie goerbersdorfską. Jeśli jeszcze kilka słów powiem o samym zakładzie i jego kierownikach, to czynię to jedynie dla uzupełnienia obrazu i dla pobudki, o któréj niżéj wspomnę. Zakład leczniczy składa się z przepysznego budynku, który na pierwsze spojrzenie przypomina średniowieczny zamek, a w którym co najmniéj stu chorych wygodnie pomieścić się może. Wprawdzie niektórzy wytykają temu budynkowi wiele błędów, ale je usprawiedliwia założenie właściciela, który zdaje się mniéj miał na celu wygodę dla chorych jak wystawę i wygodę dla siebie. Nie będę rozbierał szczegółowo budowy, choćby dlatego, że powtarzałbym tylko uwagi niewłasne; tutaj jednak dodaję, że braki głównego budynku nie istnieją w części w wilach wybudowanych w przepysznym parku, które równie jak ostatni służą do użytku chorych. Niewątpliwie miał zakład piękne chwile w przeszłości, co wskazuje obecny rozwój zakładu i znakomite jego powodzenie: nie ulega jednak wątpliwości, że te chwile, przynajmniéj na teraz bezpowrotnie minęły i że upadek energii właściciela zakładu odbija się na samym zakładzie leczniczym, którego powodzenie spoczywa obecnie w rękach pomocników Dra Brehmera, pomiędzy którymi najwybitniejsze stanowisko zajmuje nasz ziomek Dr. Sokołowski, którego imię przynęca Polaków szczególnie z Kongresówki. Liczba ziomków naszych przebywających rok rocznie w zakładzie nie jest wprawdzie bardzo wielką, ale w każdym razie wystarczyłaby na opędzenie kosztów utrzymania zakładu podobnego w naszym kraju.

Jeśli w ogóle obszerniéj omówiłem metodę leczenia w Goerbersdorfie, to przedewszystkiém w celu obznajomienia czytelnika ze środkami, jakiemi ona rozporządza dla dobra chorych, które jak to wykazałem, bynajmniéj nie należą do nadzwyczajnych, takiemi i w naszym zakątku ziemi moglibyśmy rozporządzać. Ani klimat, ani położenie Goerbersdorfu nie jest wyjątkowém lub bardzo szczęśliwém i pięknéj płaszczyzny otoczonéj górami nie brak u nas, ale niedostawało nam człowieka, któryby energiją własną stwarzając zakład wzbogacił kraj w dwojaki sposob; powracając schorzałych członków społeczeństwa krajowi i niedozwalając na wywożenie kapitałów do państw obcych. Zapewne mógłby ktoś słusznie zauważyć, że przy usposobieniu narodowém, które ceni wyżéj obce niż swoje choćby najdoskonalsze, nie wystarcza energija założyciela, ale koniecznie potrzebne jest poparcie publiczności. Nie przecząc potrzebie poparcia ze strony publiczności, twierdzę stanowczo, że ostatnią mają prawo kierować w tym względzie lekarze i że wyłącznie od nas zależy, czy taki zakład miałby powodzenie, który przy należytém kierownictwie wielkie korzyści mógłby nam przyspoprzyć. Wyspowiadałem się wreszcie ze wszystkich pobudek, które mną kierowały w tém sprawozdaniu i na zakończenie proszę czytelnika o pobłażanie, jeśli w rozbiorze metody nie odpowiedziałem oczekiwaniom, usprawiedliwiając się, że przeszedłem chwilowo na pole naszéj obszernéj nauki, któréj omawiany dział nie należy do zakresu mego zajęcia.*)

*) Rozprawka niniejsza czytaną była na posiedz. tow. lek. we Lwowie.

III. Wiadomość o potworze urodzonym we wsi Radoszycach.

(Z 2 rycinami.)

Podał Dr. **Chamejdes**,
lekarz kolejowy w Zagórzu.

Jeden z dozorców kolei żelaznéj doniósł mi, że wieśniaczka we wsi Radoszycach urodziła potworną istotę będącą właściwie dwojgiem dzieci zrośniętych i że istota ta żyje już dni 15.

Natychmiast udawszy się na miejsce, przekonałem się o prawdzie doniesienia i o ile mogłem starałem się potwór ów zbadać i opisać; opis ów jednakże nie może być bardzo dokładnym, z jednéj strony bowiem rodzice nie dozwolili na ścisłe zbadanie dziecka, z drugiéj nie jestem biegłym w rysunku.

Fig. 1.



Potworna istota, o któréj mowa, pozostająca przy życiu przyszła na świat po dwunastogodzinnym porodzie z matki zdrowéj, która poprzednio wydała na świat troje dzieci zdrowych i prawidłowo rozwiniętych. Potwór ów, który Fig. 1. przedstawia z przodu, a Fig. 2. z tyłu, jest dość silny i należycie się odżywia; przedstawia on właściwie dwoje dzieci zrośniętych ze sobą dolną częścią brzucha, długość jego wynosi 48 cm.

Patrząc nań z przodu widzimy jeden wspólny brzuch, dwie klatki piersiowe, dwie głowy, oraz cztery odnogi górne, po dwie przy każdéj klatce piersiowéj, każda z tych odnóg zakończoną jest pięcioma palcami; odnogi dolne są dwie krótkie z jednéj strony *(mm)*, każda zakończona pięcioma palcami, a z drugiéj jedna dłuższa *(m)*, zakończona dwiema z sobą zrośniętemi stopami, z których każda ma po pięć palców. Na powierzchni przedniéj zwraca uwagę pępek *(p)* z boku się znajdujący.

Fig. 2.



Na tylnéj powierzchni ciała widzimy w pośrodku wzniesienie niekształtne powstałe zapewne ze zrośnięcia się dwóch nieprawidłowych miednic; z jednéj strony wychodzą dwie odnogi dolne prawie prostopadle do tułowia, o których niepodobna powiedzieć do któréj z tych dwóch istót należą, z drugiéj strony wychodzi jedna odnoga dolna zakończona dwiema stopami, po któréj można dokładnie poznać, że należy do dziecięcia, którego głowa na rysunku jest zwróconą ku górze, za czém przemawia wzniesienie pośladkowe. W po-

środku między obiema klatkami piersiowemi, lecz nieco z boku, znajdują się dwie jakby wargi *(ww)*, bliżéj ku linii środkowéj jest otwór podłużny *(s)* otoczony jakby walem mięsnym, a z obu stron tegoż znajdują się małe dwa otworki *(oo)* wielkości główki od szpilki, przez które raz przez jeden, drugi raz przez drugi mocz się wydziela.

Potwór ów zatém składa się z dwóch istót z sobą zrośniętych, z dwiema głowami, dwiema klatkami piersiowemi, czterema odnogami górnemi, a trzema dolnemi, z jednym wspólnym brzuchem, wspólnemi nierozwiniętemi częściami rodnemi żeńskiemi, oraz wspólnym otworem stolcowym. Życie fizyczne i duchowe tych dwóch istót jest osobném i niezawisłém jednéj od drugiéj; podczas gdy jedna płacze, druga się śmieje, gdy jedna śpi, ssie druga; obecnie jedno z tych dzieci cierpiąc na nieżyt oskrzelowy jest smutne i często płacze, gdy drugie zupełnie zdrowe jest wesołe. Rysy twarzy obojga bardzo do siebie podobne. Wydzielanie stolca przez otwór *(s)* i moczu przez małe otworki *(oo)* ma być prawidłowém. Badanie za pomocą obmacania, opukania i przysłuchu wykazuje dla każdéj istoty osobne serce, wątrobę i narząd oddechowy. Obie istoty mają dobry apetyt i rosną szybko, tak że wanienka, w któréj je w pierwszym tygodniu kąpano, już jest obecnie za małą; podczas kąpieli wszystkie siedm odnóg są w ciągłym ruchu.

Życie jednéj z tych dwóch istót z powodu silnego bardzo nieżytu oskrzelowego jest w niebezpieczeństwie; a śmierć jednéj zapewne i śmierć drugiéj za sobą pociągnie.

(Potwory tego rodzaju są dość rzadkie, a podług Förstera *[Missbildungen des Menschen 1861.]* należą do rzędu: *Ischiopagus tripus.* [Dubrueil.] vide Atlas Förstera Tabl. II. fig. 5. *Redakcyja.)* *)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. O. Schwartzer (w Budapeszcie): **Die Bewusstlosigkeitszustände als Strafausschliessungsgründe.** Tübingen 1878, H. Laupp, in 8vo str. 114. (cena 2 m.)

Jeżeli autor przedtém nieznany w piśmiennictwie występuje odrazu z pracą większą, należącą do kategoryi podręczników, wtedy przystępujemy do czytania tego dzieła z pewną nieufnością, przypuszczając z góry, że praca ta będzie tylko zestawieniem mniéj lub więcéj zręczném prac obcych; nieufność ta atoli ustępuje miejsca ciekawości, jeżeli autor taki zapowiada, iż zadaniem jego było rzucić światło na zagadnienia ważne, dotąd jeszcze ciemne, przez innych mało co rozjaśnione, oraz warować nowszym postępom nauki lekarskiéj wpływ należny na prawodawstwo.

Przyznajemy tedy, że nieufnością z jednéj, a ciekawością z drugiéj strony powodując się pośpieszyliśmy z czytaniem książki w mowie będącéj, aby módz zdać sprawę z niéj bezpośrednio po jéj ukazaniu się.

Ciekawość nasza szybko zaspokojoną została, nieufność atoli wzrastała w miarę, im więcéj czytaliśmy. Autor, piszący się lekarzem naczelnym prywatnego zakładu dla chorych umysłowych i nerwowych w Budapeszcie, zestawia z kodeksu karnego niemieckiego i austryjackiego, oraz z projektów nowéj ustawy karnéj austryjackiéj i węgierskiéj paragrafy stanowiące o wykluczeniu winy z powodu chorób umysłowych oraz z powodu zboczeń samowiedzy i wysila się aby wykazać, że pojęcie „bezprzytomności“ w ustawach znajdujące się jest niewłaściwém, ponieważ nieprzytomność wyklucza wszelkie działanie, a tém samém i czyn karygodny i dowodzi, że ustawodawcy mogli mieć na myśli tylko „zboczenie samowiedzy“ a nie „brak przytomności“. Spostrzeżenie to byłoby bardzo trafném, gdyby go nie byli zrobili już inni przed autorem, gdyby pomiędzy innymi np. Krafft-Ebing wątpliwości nie był usunął dwoma słowami, a raczéj zrównaniem *(Bewusstlosigkeit = Aufhebung des Selbstbewusstseins)*. Zrobiwszy to odkrycie i wyjaśniwszy rzecz o zboczeniu samowiedzy wylicza następnie wszystkie owe stany, w których zachodzi zboczenie takie, a więc począwszy od omamień, upojenia, senności, afektów i namiętności aż do stanu, w którym znajdują się kobiety rodzące itd., zastanawiając się wszędzie nad sądowolekarskiém znaczeniem tych stanów.

Tym sposobem dziełko Schwartzera jest podręcznikiem, traktującym o jednéj części psychopatologii sądowéj, a mianowicie o stanach polegających na zboczeniu świadomości, podczas gdy nie uwzględnia wcale nierównie większéj części, tojest zboczeń polegających na chorobach umysłowych lub niedostatecznym rozwoju pojętności. I w tym zakresie szczuplejszym praca autora mogłaby mieć pewne znaczenie, zwłaszcza gdy jest napisana wcale nie źle, gdyby autor nie był się dopuścił grzechu w dwojakim kierunku.

Grzeszy on twierdząc, że literatura odnośna dotychczas jest bardzo szczupłą. Wprawdzie nigdzie nie przytacza źródła ani autora, z którego czerpał; należałoby więc przypuścić, że Dr. S. zamknąwszy się szczelnie w swoim zakładzie prywatnym nic nie wie o literaturze odnośnéj, i że szczęśliwym trafem wszystko na nowo odkrył, co inni przed nim już dawno opisali. Cóż kiedy na każdéj stronnicy przypominają się żywo wszystkie dzieła nowsze, a zwłaszcza liczne prace Krafft-Ebinga. A więc jest literatura nowsza, a więc istnieje ona dla autora, a nie istnieje dla jego czytelników? Jakkolwiek nie można autora przydybać na prostém przepisaniu ustępów z Krafft-Ebinga, to przecież nicuje go nietylko pod względem podziału, ale i pod względem nomenklatury, nawet wtedy, gdy pierwowzór używa nazw już zastarzałych, jak np. *mania ebriosa, excandescentia furibunda.*

Tak więc nie jest nowém to, co jako dobre uznać należy, to zaś, co jest niezaprzeczoną własnością autora, nie jest dobrém. Tak np. nieumiejętną i błędną jest jego definicyja omamów (nazywa je zboczeniami czynności zmysłowych str. 25), mylném twierdzenie, że obłąd szybko przemijający *(mania transitoria)* stwierdzony jest wielorakiem doświadczeniem (podczas gdy w istocie bardzo rzadko się zdarza, a niektórzy autorowie do dziś dnia nie przypuszczają go wcale), niepotrzebném jest rozpisanie się nad trzema stopniami upojenia, arcymylném a lekarza niewprawnego wprost bałamucącém jest zdanie jego, jakoby nie było przypadku bezwłasnowolności, w którymby i zdolność rozeznawcza nie była upośledzoną, a przykład przez niego przytoczony (str. 16) nie dowodzi niczego, nie usprawiedliwionem jest niekorzystne ocenienie §. 56 projektu ustawy karnéj austr., który obok wolności woli wspomina i o zdolności rozeznawczéj, gdyż autor nie zrozumiał wcale paragrafu tego, którego stylizacyja jest wzorową, a przyznając pierwszeństwo przed nim §. 51 kodeksu niem. nie wiedział wcale, że i ten kodeks w paragrafie późniejszym również wspomina o zdolności rozeznawczéj. Wszystko to i wiele innych rzeczy autor byłby wiedział,

*) Dowiadujemy się właśnie, że potwór bliźniaczy umarł i że Namiestnictwo poleciło było, aby został w razie śmierci przesłany do muzeum patol.-anatom. w Krakowie. *Red.*

gdyby był znał, że tak powiemy akta sprawy, i gdyby literatury obfitéj niebył z góry odsądził jako niebyłéj.

Grzeszy autor nasz powtóre i pod tym względem, że w dziełku swojém wdaje się i w kwestyje czysto prawnicze, jak np. w kwestyje przekroczenia obrony koniecznéj, zabójstwa w ogóle, a w szczególności zabójstwa popełnionego na krewnych i na zlecenie osoby życzącéj sobie umrzeć, zamiaru przy dzieciobójstwie itd., lub polemizując przeciw prawnikom z powodu, że dzieciobójstwo uważają jako zbrodnię t. zw. uprzywilejowaną, i posługując się w tym względzie naiwnym argumentem, że w mowie powszedniéj i mężczyzna (ojciec) może być dzieciobójcą.

Moglibyśmy nierównie więcéj przytoczyć takich przykładów, ale nie tu miejsce zbijać błędne zapatrywanie autora. Poprzestajemy na tém, a jeżeli rozpisaliśmy się może za nadto, to tylko z tego powodu, aby uzasadnić zdanie, iż książka Dra S. nie tylko nie jest świetnym nabytkiem dla literatury, ale jest balastem w ręku każdego lekarza, który posiada dzieła obszerniejsze i lepsze, np. Krafft Ebinga.

Prof. Blumenstok.

Sydney Ringer: **O wpływie przeziewania skórnego na ciepłotę w gorączce.**

S. Ringer na podstawie doświadczeń czynionych na chorych gorączkujących z lekami napotnemi, mianowicie pilokarpinem i akonitynem, przychodzi do przekonania, że wywołanie choćby najobfitszych potów jako takie żadnego widocznego wpływu nie wywiera na stan ciepłoty (!), że zatém obfite poty wywołane przerzeczonemi lekami napotnemi nie należy bynajmniéj uważać za bezpośredni powód obniżenia ciepłoty, lecz jedynie za zjawisko towarzyszące i niekonieczne. Wyniki doświadczeń autora sprzeciwiają się wprost znanéj teoryi gorączki, nadającéj związek przyczynowy bladości i suchości skóry (skurczowi naczyń krwionośnych skóry), poprzedzającéj częstokroć wystąpienie gorączki ze stanem gorączkowym.

Doświadczenia z pilokarpinem wykonywał autor na chorych dotkniętych zimnicą z napadami ciężkiemi i znaczną gorączką. Wstrzykiwał tymże chorym podskórnie przed mającym nastąpić napadem od 0·01 — 0·04 pilokarpinu, ecz w żadnym przypadku ciepłota nie okazała się niższą, niż w poprzedzających napadach przypadków równego mniéj więcéj nasilenia, pozostawionych naturalnemu przebiegowi.

Toż wbrew zdaniu autorów tłumaczących przeciwgorączkowe działanie winnika wymiotnego i tojadnika *(aconitinum)* jako bezpośrednie następstwo potów temi przetworami wywołanych i zwiększonego tym sposobem ubytku ciepła przez promieniowanie i parowanie, zaprzecza wszelkiego związku pomiędzy spotęgowaném przeziewaniem skórném w następstwie tych leków a stanem ciepłoty. Twierdzi mianowicie:

1) Gdyby działanie przeciwgorączkowe tojadnika polegało na wzmożoném przeziewaniu skórném, wtedy obniżenie ciepłoty powinnoby następować we wszystkich chorobach; gdy w rzeczywistości w wielu cierpieniach, gdzie lek ten wywołuje obfite poty, jak w zapaleniu płuc dławcowém, zapaleniu opłucnéj a przedewszystkiém w gorączkach zakaźnych, nie uważamy żadnego widocznego obniżenia ciepłoty.

2) Często sprawia tojadnik znaczne obniżenie ciepłoty, nie wywołując równocześnie potów, jak mianowicie u dzieci.

3) Czasem ma się wydarzać, iż tojadnik podawany w przypadkach płonicy lub durzycy brzusznéj zrazu sprawia obfite, przez kilka dni trwające poty, gdy w dalszym przebiegu skóra mimo nieprzerwanego podawania leku przestaje się pocić; i wtedy zwykle nie uważał autor żadnéj różnicy w ciepłocie okresu potów a okresu powstrzymanego przeziewania skórnego.

4) Wreszcie nie zauważył tenże nawet po olbrzymich potach, wywołanych łaźnią powietrzną u chorych gorączkujących, żadnego obniżenia ciepłoty. *(The Lancet V. II. 14. 1878.)* *Dr. Stanisław Ponikło.*

T. Hering (w Warszawie): **Igła w zatoce połykowo-krtaniowéj lewéj. Wydobycie.**

Ośmnastoletnia dziewczyna połknęła igłę nawleczoną. Felczer urwał nitkę nie wydobywszy igły; a gdy dalsze usiłowania lekarzy miejscowych były również bezowocnemi, chora zaś doznawała znacznego bólu, kaszlu i tak znacznych trudności w połykaniu, że zupełnie nic nie jadła, udała się po tygodniu do autora, który przezwyciężywszy drażliwość połyku, dojrzał za pomocą zwierciadła krtaniowego środek igły z kierunkiem od przodu ku tyłowi i z ukosa od chrząstki nalewkowéj ku bocznéj powierzchni chrząstki tarczowéj. Jeden koniec tkwił w chrząstce Santoriniego a drugi w mięśniach szyi. Pierwsze próby wydobycia ciała obcego za pomocą narzędzi okazały się bezskutecznemi z powodu drażliwości, którą zniesiono za pomocą lodu od zewnątrz i wewnątrz zastosowanego. Gdy jednak igły pomimo jéj ujęcia nie można było ruszyć z miejsca, postanowił H. złamać ją, co uskutecznił za pomocą kleszczyków Türcka. Wydobycie odłamków odbyło się już bez trudności. *(Gazeta Lekarska T. XXV, Nr. 19).* *A. O.*

Verneuil: **O następowém zapaleniu stawów w skutek szerzenia się sprawy zapalnéj z podskórnych naczyń chłonnych.**

Dnia 16 października br. zdał prof. Verneuil sprawę przed paryską Akademiją lekarską z pięciu spostrzeżeń nad przypadkami szerzenia się zapalenia z naczyń chłonnych podskórnych na stawy. Wszystkie przypadki tyczą się stawu kolanowego. Pierwszy chory Verneuila przedstawił mu się z wrzodem podudzia, który był miejscem wyjścia zapalenia naczyń chłonnych, zajmującego połowę odnogi dolnéj; wkrótce zauważano liczne ogniska ropne, z których kilka w okolicy kolanowéj otwarto, lecz nazajutrz stwierdzono ropne zapalenie stawu kolanowego i naprzekór wszelkim zachodom chory umarł. Drugi przypadek tyczy się 14-letniéj dziewczyny, u któréj wskutek zmiażdżenia palucha, wystąpiło po paru dniach zapalenie naczyń chłonnych odpowiedniéj odnogi z ogniskami ropnemi; jeden z tych ropni otworzono, po trzech dniach rozwinęło się ropne zapalenie stawu kolanowego, i ani założenie sączka, ani ustalenie odnogi, nie ocaliło choréj. Trzecim spostrzeganym chorym był 48-letni bardzo schorzały mężczyzna; cierpiał on oddawna na wrzód stopy, który jednego dnia zagoił się, wystąpiły dreszcze, gorączka, wymioty, a wreszcie stwierdzono zapalenie naczyń chłonnych odnogi dolnéj; mocz zawierał znaczną ilość białka. Pod wpływem właściwego lekowania zapalenie naczyń chłonnych zaczęło pozornie ustępować, i białko w moczu znikło, lecz natomiast postrzeżono ropień okolicy kolanowéj, który otworzył się dobrowolnie; jednocześnie rozwinęły się objawy ropnego zapalenia kolana, które zakończyło się śmiercią.

Dwa następujące przypadki nieco się różnią od poprzedzających; pierwszy tyczy się człowieka, który otarlszy stopę uległ następnie zapaleniu naczyń chłonnych odpowiedniéj odnogi, sięgającego aż do kroku; po zastósowaniu właściwych leków obrzęk odnogi zmiękł; lecz w stawie kolanowym wystąpiła puchlina wodna, która także ustępować poczęła, lecz schorzały pacyjent dostał zapalenia płuc, które przyspieszyło jego zgon. Ostatnie spostrzeżenie tyczy się 60-letniego mężczyzny, który przed niedawnym czasem przebył zapalenie naczyń chłonnych odnogi dolnéj, jak to świadczyła dymienica i powrózkowate stwardnienie podskórne; niebawem wystąpiły ogniska ropne i puchlina wodna kolana; ustalenie odnogi zostało uwieńczone wyzdrowieniem chorego.

Zastanawiając się nad ajtyjologiją powyżéj opisanych chorób odnogi dolnéj, a względnie kolana, Verneuil sądzi, że ulegają jéj przeważnie osobniki schorzałe; samą sprawę tłumaczy on w następujący sposób: naczynia chłonne podskórne odnogi dolnéj komunikują się z workiem błoną surowiczą stawu, otwierając się do jego worka, przeto zapalenie szerzy się bezpośredniemi drogami; początkowo naczynia chłonne podskórne przenoszą sprawę zapalną na takież naczynia przystawowe, z których zapalenie udziela się chłonnemu unaczynieniu kolana. Na zapytanie, czy należy się pospieszyć z otwieraniem ropni przystawowych kolana, stosując następnie z całą dokładnością oprawę Listra, Verneuil odpowiada twierdząco. (*Le Progrès Médical.*)

Dr. A. Kwaśnicki.

V. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 5go września 1878 roku.

W nieobecności prezesa p. Mateckiego przewodniczy zebraniu Dr. Świderski.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Gąsiorowski opowiada o dwóch przypadkach ostrego przekrwienia mózgu, które się szybkiém zakończyły wyzdrowieniem.

3) Co do owego przypadku rzekoméj ciąży zamaciczném, o którym w ostatnim protokóle była mowa, to pod nieobecność Dra Grodzkiego, zamierzającego przypadek ten obszerniéj opisać, referuje sekretarz w kilku słowach o rezultacie oględzin pośmiertnych. Po otworzeniu jamy brzusznéj i wylaniu się na zewnątrz dość znacznéj ilości płynu żółtawego, ukazał się tuż pod powłokami brzusznemi guz kłębowato zagięty, długości mniéj więcéj 30 cm., szerokości 10 cm. Guz ten miał zupełne podobieństwo do płodu; część dłuższa górna przedstawiała złudnie tułów i miała po bokach kilka bruzdowatych zagłębień, które za życia bardzo łatwo było można uważać za odstępy międzyżebrowe płodu. Część dolna grubsza znacznie i kolista, spychająca sklepienie pochwowe silnie ku dołowi, również zwodniczo naśladowała główkę płodu; w środku bowiem wypukłości znajdowało się zagłębienie wielkości ciemienia wielkiego i od tegoż ciągnęła aż ku dolowi miałka brózda. Sam guz był chrząstkowato twardy i wychodził z lewego jajnika. Badanie drobnowidowe wykazało, że był to chrząstkomięsak jajnika.

4) Następnie Dr. Kapuściński opisuje przypadek twardziela skóry (*sclerodermа adultorum*), który nie dawno temu spostrzegał u 23-letniego mężczyzny, słabo zbudowanego i mimo wszelkich wygód źle odżywionego. Pacyjent ten przed rokiem spostrzegł na lewéj nodze plamę objętości dwóch dłoni i późniéj podobną na lewém przedramieniu. Plamy te miały podobieństwo do blizn po oparzeniu się wytwarzających, były blade bez barwnika skórnego, otoczone zaś były barwnikiem ciemno-żółtym, tak iż łatwo można było je wziąć za piegi (*vitiligo*). Bliższe jednak badanie wykazało stwardnienie i zanik skóry, zrost takowéj z tkanką łączną i z mięśniami, wklęśnięcie miejsc chorych i połysk tychże. Różnicy ciepłoty między częściami choremi a zdrowemi nie było można skonstatować. Później, im się więcéj nowych plam wytwarzało, têm więcéj żółkły w obwodzie pierwotne plamy, a skóra stawała się nader cienką do pergaminu podobną i nie dawała się uchwycić w fałdę. Szukając pomocy pacyjent udał się do Wrocławia do prof. Simona, który zgodziwszy się także na rozpoznanie twardziela skóry, radził podawać wewnętrznie *extr. nuc. vom.*, a zewnętrznie pędzlować jodoformem, rozpuszczonym w kleinie. Prof. Simon w ostatnim czasie zrobił spostrzeżenie, że wspomnione cierpienie skóry stoi w związku z chorobą mlecza pacierzowego i z tego powodu daje wewnętrznie *nux vomica*. Zdaniem Dra K. nie pomagają nic ani jodoform, ani *nux vomica*; proces chorobowy skóry w tym przypadku posuwał i posuwa się coraz daléj. Bliższe szczegóły o tym przypadku zamierza kol. K. dać później, skoro dłuższy czas pacyjenta obserwować będzie i namienia jeszcze, że dotychczas stawy nie są zajęte; w ogóle wszelkie części skóry, potrzebne do prawidłowych ruchów, są dotychczas zdrowe, tak iż pacyjent prócz osłabienia odnogi górnéj i dolnéj po lewéj stronie, żadnych innych skutkiem cierpienia swego nie doznaje dolegliwości.

Na têm posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski sekretarz.

VI. O sprawach lekarskich wiedeńskich.

I.

Rokitański jako referent w ministeryjum wyznań i oświecenia i jego przyszły następca. — Wykłady w półroczu zimowém. — Jenerał Filipowicz i lekarze wojskowi.

Ze skonem Rokitańskiego opróżniła się posada referenta uniwersyteckiego przy ministerstwie wyznań i oświecenia. Następcę jego ma Cesarz w najbliższym mianować czasie. Wielki wpływ jaki wywierać może doradzca ministeryjalny tak pod względem możliwéj reformy uniwersytetów, jak i w sprawach osobistych itd., wzbudza życzenie, aby na tę ważną posadę powołano osobistość mającą odpowiednie zdolności i zrozumienie należyte tego, czego dla uniwersytetów potrzeba. Daremnieby jednak szukano tak posągowéj postaci jak Rokitańskiego, płodnéj w prace naukowe, które imieniu jego zapewniają trwałą pamięć. Trudno bowiem, aby każdy lat dziesiątek wydawał mężów, którzyby umieli nauce nadać znamię potężnego swojego ducha. Zresztą nie są to własności, które koniecznie zdobić powinny referenta ministeryjalnego. Wiadomo, że i Rokitańskiego znakomite stanowisko, jakie zajmował w nauce ściśléj, powaga i szacunek, którem go otaczało starsze i młodsze pokolenie nauczycielskie i wreszcie cały świat lekarski, nię zasłaniały przed dotkliwemi razami ostréj krytyki, która nierzadko przekraczała granice, po za jakie wychodzić nie powinna wtenczas, jeżeli chodziło o działalność jego w ministeryjum. Ilekroć Rokitański przedsiębrał jaką reformę w sprawach uniwersyteckich lekarskich, tylekroć słyszeć się dawały głosy: „że można być dobrym i znakomitym anatomem patologicznym, a niezdolnym przytém organizatorem i referentem ministeryjalnym.“ Każdemu w pamięci jeszcze tkwi wystąpienie jednéj części prasy lekarskiéj wiedeńskiéj, kiedy Rokitański przeprowadził reformę rygorozów. Popierały go wtenczas poważne jeszcze pisma lekarskie stolicy. Kiedy jednak w sprawie polikliniki ujmował się za młodym zakładem i stanął po stronie tego stowarzyszenia docentów i powagą swoją w ministeryjum wymógł, iż wbrew orzeczeniu wydziału lek. polikliniki nie rozwiązano, natenczas

właśnie te koła i pisma lekarskie, które dotąd po jego stały stronie, nie szczędziły niczego, aby zachwiać jego stanowisko. Teraz własne stronnictwo nazwało go niezdolnym i powtórzyło o nim zdanie wyżéj przytoczone. Podobnie i opiekę, którą Rokitański osłaniał profesorów Strickera i Meynerta jak i zakłady tychże, za zle Rokitańskiemu poczytywano, czy słusznie, to dopiero przyszłość pokaże, która oceni rezultaty naukowe tych uczonych.

Przed kilkoma laty, kiedy Rokitański skończywszy lat 70, przymuszony ustawą opuszczał uniwersytet, miał zamiar złożyć także posadę referenta spraw lekarskich w ministerstwie. Już wtenczas szukano następcy. Zdaje się, że nie przypadkowo w tym samym czasie napisał prof. Billroth znaną książkę, która jak się zdaje, raz na zawsze go pozbawiła nadziei, że zostanie następcą Rokitańskiego. Mówią, że właśnie książka Billrotha skłoniła Rokitańskiego, iż i nadal pozostał referentem, który urząd piastował już aż do śmierci. Pełniąc obowiązki, które nań wkładał urząd referenta, odznaczał się stanowczością, miał zawsze własne zdanie, i uwzględniał z bardzo nieznacznemi wyjątkami życzenie wydziałów lekarskich. Zaprzeczyć się nie da, że wydziały lekarskie, tak wiedeński jak i inne cislitawskie, dopóki był referentem, doborem możliwie najlepszych sił nauczycielskich raczéj się podnosiły niż upadały.

Liczba kandydatów na tę posadę jest niewielka. Dotąd wspomniano o Langerze profesorze anatomii, o Dumreicherze prof. chirurgii i o Heringu z Pragi.

Zdaje się atoli, że prof. K. Langer będzie następcą Rokitańskiego. Był on profesorem anatomii w Józefinum a po zniesieniu tego zakładu został profesorem anatomii opisowéj przy uniwersytecie wiedeńskim, gdzie wykładał obok J. Hyrtla i Ch. A. Voigta. W r. 1871 wybrany dziekanem wydziału lekarskiego piastował tę godność 3 lata, poczém go wybrano rektorem uniwersytetu. Będąc dziekanem umiał sobie zaskarbić zaufanie większości wydziału lekarskiego i Rokitańskiego, który jego i Heringa powołał do komisyi mającéj wypracować projekt zmiany systemu rygorozów. W komisyi téj był referentem i jednym z najczynniejszych członków, tak że ów projekt był właściwie jego dziełem. Odtąd stał się w ministerstwie oświecenia *persona grata*. Prof. Dumreicher zaś zajmujący się zawsze żywo sprawami bieżącemi napisał roku zeszłego broszurę o reformie wydziału lekarskiego, o któréj Przegląd Lek. w jednym z pierwszych numerów tegorocznych doniósł obszernie. Że myśli w broszurze poruszone zwróciły na się uwagę kół wpływowych, wynika ztąd, że minister oświecenia zawezwał wydziały lekarskie, aby orzekły, co sądzą o broszurze. Tymczasem mieści ona w sobie wprawdzie dość ostrą krytykę obecnego stanu wydziału lekarskiego wiedeńskiego, wspomina o niedostateczności nowego systemu rygorozów, żąda ścieśnienia praktykowanéj dotąd wolności w wyborze przedmiotów, sprzeciwia się służbie wojskowéj dopełnianéj podczas pięciolecia nauk lekarskich, nie podaje jednak sposobu i środków, których użyć trzeba, aby zapobiedz ujemnym stronom istniejącego porządku. Prof. Hering wreszcie szerszéj publiczności z zabiegów na polu szkolnictwa uniwersyteckiego dotąd niedał się poznać. Jest zwolennikiem reformy, któréj początkiem była zmiana systemu rygorozów. Gdyby, co jest rzeczą najprawdopodobniejszą, prof. Dr. K. Langer został referentem, spodziewać się po nim można, iż będzie ścisłym wykonawcą orzeczeń wydziałów lekarskich a pod względem reformatorskim będzie umiarkowanym postępowcem.

Na uniwersytecie wykłady się rozpoczęły. Wpisy wykazały, że liczba medyków nie jest mniejsza niż roku zeszłego. Spis urzędowy zapowiada 171 wykładów, w których udział weźmie 22 profesorów p. z., 29 nadzwyczajnych, 45 docentów i 15 asystentów. Wewnętrzną medycynę albo w jéj skład wchodzące specyjalności wykładać będzie 19, chirurgiję 10 profesorów i 11 docentów, okulistykę 4 profesorów i 4 docentów, położnictwo 4 profesorów i 5 docentów.

Zadaniem naszém jest wreszcie wspomnieć jeszcze o zajściu, znaném zresztą z pism politycznych, pomiędzy jenerałem Filipowiczem a lekarzami wojskowymi. Krótkie lecz treściwe i jędrne przemówienie jenerała rozniosły druty po całym świecie, jakby wiadomość o nowém jakiémś zajęciu Serajewa. Tymczasem ze wszystkich stron dochodzi wiadomość, że lekarze tak czynnéj armii, jak i rezerwy, pełnili sumiennie swoje obowiązki, że dali dowody ludzkiego sposobu myślenia i ofiarności, że odznaczyli się wytrwałą pracą i znajomością swojéj sztuki, chociaż w téj właśnie wojnie na większe narażeni byli niebezpieczeństwo i z większemi mieli do walczenia trudnościami, niż w innych. Jenerał sam dotąd postępowania swojego usprawiedliwić nie mógł. Do wyrzeczenia bowiem podobnego zarzutu uprawniéby go chyba mógł rezultat jakiegoś śledztwa, któreby orzekło o winie jakiejś części lekarzy wojskowych. Zamiast jednak ogłosić listę winnych i ukarać tychże, ogłoszono listę zasłużonych lekarzy, których ozdobił Cesarz orderami i krzyżami zasługi. Oprócz tego drogą nadzwyczajnego awansu znaczna liczba lekarzy postąpiła w stopniach wojskowych a pomiędzy tymi także czterech starszych lekarzy rezerwy, którzy zostali lekarzami półkowymi. Minister wojny odwidził szpital garnizonowy w Wiedniu i zapewnił lekarzy o szacunku, jakim jest przejęty dla postępu chirurgii a przytém także oświadczył że jest zadowolony z czynności lekarzy. Słusznie więc w obec takiego stanu rzeczy powzięło stowarzyszenie lekarzy w Styryi uchwałę, aby poczynić odpowiednie kroki w celu obrony godności lekarskiéj dotkniętéj postępowaniem jenerała.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 14 listopada. W sobotę przeszłą prof. Majer wybrany został na dalsze 3 lata prezesem Akademii Umiejętności, a docent anatomii porównawczéj na wydziale lek. Dr. Henryk Kadyi otrzymał stypendyjum imienia Śniadeckiego na rok jeden w kwocie 5000 franków. — Wieczorem odbył się obiad składkowy na cześć nowo obranego Prezesa i wzniesiono odpowiednie toasty.

* Egzamin dla lekarzy rządowych rozpocznie się w piątek d. 15 bm. W tym celu zjechał ze Lwowa radzca namiestnictwa prof. Biesiadecki. Zgłosiło się tym razem 3 kandydatów.

* Według ustawy z d. 30 lipca 1870 r. dz. u. p. Nr. 68 (ustęp 7 dodatku, porównaj Obentrauta zbiór, str. 488) należy się lekarzom i weterynarzom powiatowym pewna kwota ryczałtowa, aby im oprócz jazd wymaganych w razie panowania epidemii lub epizoocyj umożebnić jazdy po powiecie, celem przekonania się o stosunkach higijenicznych. Dotąd lekarze nie otrzymali żadnego zasiłku w myśl téj ustawy. Obecnie Namiestnictwo, chcąc uczynić zadość ustawie oraz życząc sobie, aby lekarz raz w roku zwiedził każdą miejscowość swego powiatu, udało się do Ministerstwa spraw wewn. z żądaniem wyznaczenia na ten cel kwoty około 14000 zła, oraz o upoważnienie do użycia téj sumy już w roku 1879, choćby takowa

nie mogła już być pomieszczoną w budżecie państwowym. Według wniosku Namiestnictwa kwota ta ma być w ten sposób rozdzieloną, iż 17 lekarzy powiatowych, (których powiat ma przynajmniéj 30 mil kwadratowych, a więc lekarze w Krakowie, Bochni, Pilznie, Przemyślu, Samborze, Tarnopolu, Białe itd.) otrzymali po 225 zła, reszta lekarzy powiatowych, asystentów oraz 9 weterynarzy powiatowych po 150 zła.

* Namiestnictwo roześle temi dniami instrukcyję dla akuszerek, stanowiącą dodatek do §. 3 rozporządzenia Ministerstwa spraw wewn. z d. 25 marca 1874 (dz. u. p. Nr. 32, ob. Obentrauta zbiór, str. 94). Według instrukcyi téj każda akuszerka obowiązaną będzie mieć przy sobie rozczyn 5% kw. karbolowego, którym (w stosunku jak 1:4 części wody) powinna sobie obmywać ręce przed każdym rękoczynem i przed każdém badaniem części płciowych u kobiet brzemiennych, rodzących i położnic, oraz czyścić narzędzia przed i po każdorazowém użyciu takowych, zwłaszcza gąbki, które poprzednio należy wypłókać we wodzie. Instrukcyję tę otrzymają nie tylko akuszerki, ale i lekarze powiatowi oraz wszyscy lekarze praktyczni, pierwsi celem pouczenia akuszerek, ostatni celem skontrolowania.

Podobną instrukcyję rozsyła również Namiestnictwo tyrolskie i zapewne wszystkie inne Namiestnictwa.

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Budapeszcie z d. 28 października radzca sanitarny Dr. Ludwik Grósz zdał sprawę z czynności swych na międzynarodowym kongresie dla higijeny i medycyny sądowéj w Paryżu. Jeżeli rozprawy w przedmiocie higijeny nie budziły wielkiego zajęcia, to rozprawy nad kwestyjami sądowo-lekarskiemi, jak to już raz wspomnieliśmy, już wcale na uwagę nie zasługują z powodu pobieżnego traktowania przedmiotów, i to nie koniecznie ważnych lub ciekawych. Wszystko to jednak nie było przeszkodą, że nestor lekarzy sądowych francuskich p. Devergie uznał za stósowne odznaczyć p. Grósza medalem srebrnym franc. towarzystwa sądowo-lekarskiego. Pomimo, że to uczynił w imieniu kongresu, zdaje nam się, że rzecz zakrawa na komedyję dziecinną, i że tym kongresie źle się bawiono.

* **Węgry.** Na wydziale lek. w Budapeszcie zapisanych jest obecnie 665 uczniów, w Klausenburgu zaś tylko 64.

* **Paryż.** Na tutejszym wydziale lek. zapisanych jes przeszło 5000 uczniów.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Rudolf Klemensiewicz mianowany został profesorem nadzw. patologii doświadczalnéj przy Uniw. w Gracu. — Dr. Escher otrzymał posadę operatora przy szpitalu w Tryjeście opróżnioną po śmierci Dra Artura Menzla. — Przełożony szpitala Bonifratrów w Gracu Dr. Jan Potpeschnigg otrzymał tytuł radzcy cesarskiego. — Prof. Freund w Wrocławiu powołany został na katedrę położnictwa w Strasburgu. — Prof. Edward Hitzig mianowany został dyrektorem zakładu dla obłąkanych i prof. psychijatryi w Hali. — Na wydziale lek. w Klausenburgu habilitowali się: Dr. Emanuel Góth jako docent operacyj położniczych a Dr. Ignacy Büchler jako docent perkusyi i auskultacyi.

* **Wiadomości osobowe.** W armii austryjackiéj zamianowani zostali lekarze pułkowi 1 kl. Dr. Romuald Wilczek i prof. Franc. Chwostek lekarzami sztabowymi; lekarze pułkowi 2giéj kl. Drowie Henryk Rasp i Herman Francos (obaj wychowańcy Uniw. Jag.) lekarzami pułkowymi 1éj kl.

* **Nekrologija.** Dn. 8 bm. zmarł w Jaśle przeniesiony tam niedawno z Niska lekarz powiatowy Dr. Stanisław Morelowski, krakowianin i wychowaniec Uniw. Jagiel., członek koresp. naszego Tow. lek., licząc lat zaledwie 35. — Dr. Walenty Siekaczyński umarł w Radomiu. — W Southampton umarł lekarz paryzki Dr. Maunoir, syn i wnuk lekarza, licząc lat 30.

D. 10 bm. umarł w Warszawie Dr. Herman Fudakowski, prof. chemii fizyjologicznéj, znany z licznych swoich prac. Bliższe szczegóły o zmarłym podamy później.

Redakcyja otrzymała:

Dra Longina FEIGLA (we Lwowie): Otrucie gazem tlenku węgla, a w szczególności gazem świetlnym, ze stanowiska sądowolekarskiego Lwów 1878, in 8vo min str. 147.

Dra C. BONFIGLI'EGO (w Ferarze): Vertigini epilettiche Perizia medico-legale, (Osobne odbicie z *Rivista sperim. di freniatria e med. legale.*) str. 45.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **Wtorek** dnia 19 listopada b. r. (wyjątkowo z powodu posiedzenia Akademii Umiejętności) posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Trauczyński okaże kilka nowszych wyrobów farmaceutycznych, 2) kol. prof. Korczyński poda wyniki doświadczeń klinicznych nad wlewaniem większych ilości wody do jelit sposobem Hegara.

Odezwa Komisyi dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych.

Corocznie znaczne kwoty pieniężne wychodzą za granicę kraju na zakupno środków lekarskich zwanych specyficznemi, które jako znanego składu chemicznego równie dobrze a bez porównania taniéj i przez naszych aptekarzy i chemików mogą być wyrabianemi. Toż samo dotyczy narzędzi chirurgicznych, przyrządów ortopedycznych, oraz do badania chorych i opatrzenia służących, które przez fabrykantów krajowych sporządzone, nie ustępują w niczém zagranicznym a taniéj kosztują.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, w celu popierania przemysłu krajowego pod tym względem, utworzyło komisyję stałą złożoną z dyrektorów klinik uniwersyteckich, naczelników oddziałów szpitalnych, profesorów nauk przyrodniczych w Uniw. Jag., lekarzy praktycznych i magistrów farmacyi będących członkami Towarzystwa. Komisyja ta ma się zajmować badaniem wyrobów i przetworów przedstawionych, doświadczaniem ich skuteczności, orzekaniem o wartości, oraz polecaniem tych, które na to zasługują.

Osoby życzące sobie poddać swe wyroby pod ocenienie Komisyi, zechcą takowe nadsyłać (opłacone) na ręce Sekretarza komisyi: Dra Bolesława Lutostańskiego (Kraków. Ulica górnych młynów w domu Tow. wzajemnych ubezpieczeń L. 125.).

Po dokładnem zbadaniu nadsyłający otrzymają piśmienne poświadczenie o wartości swych wyrobów, wydane przez Tow. lekarskie na przedstawienie Komisyi, a zarazem wiadomość o środkach poleconych ogłoszoną zostanie za pośrednictwem Przeglądu Lekarskiego.

Kraków, dnia 11 listopada 1878 r.

Przewodniczący Komisyi
Dr. Wł. Ściborowski.

Uprasza się Czasopisma polskie o powtórzenie téj odezwy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1167.

Konkurs.

W skutek reskryptu wysokiego Wydziału krajowego z dnia 3 listopada 1878 L. 52169 rozpisuje się niniejszym konkurs w celu obsadzenia posady lekarza ordynującego przy powszechnym szpitalu w Brodach z roczną płacą 500 zlr. a. w. z tym warunkiem, że lekarz ten żadnych innych posad piastować nie może. Ubiegający się o tę posadę mają podania swoje zaopatrzone w dyplomy Dra medycyny i chirurgii, lub też wszech nauk lekarskich uzyskane na jednéj z wszechnic Monarchii austryjackiéj, nie mniéj metryki urodzenia i w dowody dotychczas odbytéj praktyki, wnieść do podpisanego Urzędu gminnego w terminie trzechtygodniowym licząc od dnia trzeciego ogłoszenia w Gazecie Lwowskiéj i w Przeglądzie Lekarskim krakowskim.

Zwierzchność gminna.
Brody dnia 11 Listopada 1878.

Nr. 640.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W skutek rozporządzeń Wysokiego Wydziału krajowego z d. 5 i 11 bm. l. 53339 i 54499 Komitet administracyjny szpitali ogłasza konkurs na posady następujące w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a mianowicie:

I. W oddziale chorób wewnętrznych.

1) Prymaryjusza z płacą roczną 1,200 złr. i dodatkiem pięciolecia po 200 złr.

2) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.

3) Sekundaryjusza klasy II „ „ 500 złr.

II. W oddziale chorób chirurgicznych.

4) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.

5) Sekundaryjusza klasy II „ „ 500 złr.

III. W oddziale chorób syfilitycznych i skórnych.

6) Sekundaryjusza klasy I z płacą roczną 600 złr.

Sekundaryjusze klasy I winni mieszkać w szpitalu, w którym stosowne pomieszczenie z opałem i światłem otrzymają.

Posady sekundaryjuszów obydwóch klas, udzielone będą na lat dwa, jednakże przy odpowiedniém pełnieniu obowiązków będą mogły być przedłużone na lat cztery.

Podania ostęplowane należy wnieść do Komitetu administr. szpitali krakowskich najdaléj do 30 Listopada 1878 albo wprost lub przez swoją władzę przełożoną, i w nich wykazać: wiek, stan, miejsce urodzenia i stopień Dra medycyny otrzymany na jednym z uniwersytetów Monarchii austryjacko-węgierskiéj.

Kraków dnia 14 Listopada 1878.

Z komitetu administracyjnego szpitali.

L. 4235.

Konkurs.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 2 Listopada 1878 rozpisuje się niniejszém konkurs na posadę lekarza ordynującego przy tutejszym szpitalu powszechnym z terminem 30-dniowym od dnia 1go ogłoszenia w Gazecie Lwowskiéj i Przeglądzie Lekarskim krakowskim z płacą roczną 600 zła z nadmienieniem, iż kompetenci winni się wykazać dyplomem Doktora medycyny i chirurgii, lub téż wszech nauk lekarskich uzyskanym na jednéj z wszechnic Monarchii austryjackiéj, tudzież iż pełnili służbę szpitalną.

Magistrat miasta

Brzeżany 8 Listopada 1878.

E. Merl.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 23 listopada 1878. № 47. Rok XVII.

I. Teoryja neuropatyczna przeziębienia.

(Odczyt miany na posiedzeniu sekcyi lwowskiéj Tow. lekarzy galic. z dnia 25 maja 1878 r.)

Podał Dr. **A. Wagner**, lekarz kolejowy we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 47.)

B) Warunki wewnętrzne.

Co się tyczy warunków odnoszących się do osoby, podnieść najprzód musimy fakt z fizyjologii znany, że natężenie siły nerwowéj w chwili, gdy dosięga ośrodka, zależy nie tylko od siły podniety działającéj na zakończenie obwodowe nerwu, ale też i od długości nerwu, po którym drażnienie przebiega. Nie możemy bowiem uważać nerwy za proste przewodniki podrażnienia z obwodowego końca do środka. Propaganda procesów nerwowych nie odbywa się w skutek prostego udzielania siły, lecz dzieje się na mocy wyzwalania sił napiętych w nerwie. Utajone te siły w nerwie spoczywającym przekształcają się w żywą siłę ruchu za podrażnieniem jego końca obwodowego; a siły te wyzwolone wzrastają na kształt lawiny w drodze do ośrodka, tak że im dłuższy nerw, tém większa będzie siła, która doszła do końca ośrodkowego (Prawo Pflügera). Podrażnienie więc odnóg wywoła większe i więcéj rozprzestrzenione odruchy, niż podrażnienie nerwu bliżéj ośrodka leżącego. Dlatego też oziębienie nóg lub ich zamoczenie łatwiéj wznieca choroby przeziębne.

Daléj widzimy, że nie wielka różnica temperatury otoczenia zawsze wywołuje przeziębienie, jeżeli jéj działanie trwa czas dłuższy, zwłaszcza, jeżeli się przytém bezczynnie zachowujemy. Rosenthal bowiem wykazał, że w rdzeniu pacierzowym ma miejsce sumowanie wrażeń czuciowych po sobie następujących; bardzo słabe podniety mianowicie, które same przez się nie są skuteczne, mogą wywołać odruch, jeżeli się często powtarzają. Trzy takie podniety w jednéj sekundzie są dostateczne, by sprowadzić to sumowanie i zlać je w jedno działanie ciągłe. Dlatego też wznieca łatwo przeziębienie dłuższy pobyt w zimnym pokoju, dłuższe siedzenie na wolném chłodném powietrzu, dłuższa jazda, podczas gdy organizm w ruchu większy opór téj szkodliwości stawia. Możemy przeciwnie, wbrew błędnemu mniemaniu powszechnie przyjętemu znosić bez szkody bardzo wielkie różnice ciepłoty, jeżeli tylko będą chwilowe, krótkotrwałe, czego przykłady hydropatyja nam daje.

Daléj zawisło przeziębienie przy równych zresztą warunkach od rozciągłości wpływu termicznego. Im większa część ciała jest narażona na działanie zimna, tém łatwiéj nastąpić może przeziębienie. Widzimy to też na wszystkich nerwach, gdzie wielkość skutku rośnie w stosunku większéj liczby włókien, które pobudzenia doznały.

Wiemy też, że osoby z jakiejkolwiek bądź przyczyny anemiczne oraz dzieci mają układ nerwowy w wysokim stopniu drażliwy, a pobudliwość odruchowa jest u nich niezwykle spotęgowana. Dla tego też przeziębienia po największéj części zdarzają się u dzieci, u osłabionych, u rekonwalescentów po jakiejś ciężkiéj chorobie. Należą tu też osłabienia dzieci zbyt ciepło trzymanych. Słyszeliśmy już o zbawiennym wpływie umiarkowanego zimna na zdrowie, ruchy serca umiarkowane, mięśnie utrzymywane w lekkiém napięciu lepiéj się odżywiają, co ze swéj strony większy popęd do ruchów, większą energiję i swobodę sprowadza; krew więcéj w wewnętrznych narządach nagromadzona przyczynia się do lepszego trawienia, chłonienia a w następstwie do żywszéj odnowy, a układ nerwowy lepiéj odżywiony pozbawia się swéj chorobliwéj drażliwości. Zbytnie gorąco wywołując wręcz przeciwne skutki sprowadza osobliwie przez upośledzenie trawienia zwątlenie mięśni, niedokrewność, któréj nieuchronném następstwem jest wzmożona pobudliwość odruchowa.

Należy tu też wysilenie rdzenia pacierzowego przez forsowne bieganie, dłuższe tańczenie i to bez względu na to, czy występują poty lub nie, wyczerpanie z braku należytego wypoczynku, z niewyspania i t. p., co wszystko do powiększenia pobudliwości odruchowéj się przyczynia.

Następnie są skłonne do przeziębienia osoby nieprzyzwyczajone do wpływów zimna czyli z braku zahartowania. Fakt ten nie ulega żadnéj wątpliwości, chociaż na teraz nie może być należycie wytłumaczonym. Lecz zagadkowy ten

fakt nie może obalić neuropatycznéj teoryi w mowie będącéj, może owszem posłużyć do jéj stwierdzenia. Wszakże takie przyzwyczajenie, czyli obojętnienie wrażeń często powtarzanych ma miejsce w całym układzie nerwowym. Widzimy bowiem, że każde wrażenie traci coś ze swojéj siły, gdy się ponawia; każde powtórne podrażnienie nerwów nigdy nie jest równe pierwszemu, chociażby też upłynął czas dostateczny, w którymby nerwy po wyczerpaniu odzyskały poprzednią wrażliwość. Tak się przyzwyczajamy do zażywania tabaki bez kichania, do chwytania gorących przedmiotów bez uczucia bólu itp. Chcieć fakt ten tłumaczyć w ten sposób, że układ nerwowy posiada zdolność do zastósowywania się do każdego nowego stanu rzeczy, byłoby tylko parafrazowaniem przedmiotu. Nie wiemy, ażali to zależy od zmian w procesach nerwowych lub w ciałkach ośrodkowych. Więcéj atoli bylibyśmy skłonni do przypuszczenia ostatniéj alternatywy. Pierwszym i najwybitniejszym bowiem objawem osłabionego natężenia ponownych wrażeń jest ciaśniejszy i słabszy rozbieg siły nerwowéj z ośrodka ku obwodowi. Nastrój nerwowy, dzięki powtarzaniu się bodźca, ścieśnia swój zakres działania i ogranicza się do dróg specyjalnych. Tak i tu w sprawie nerwowéj nas zajmującéj w skutek częstego powtarzania podniet termicznych odruchy bywają ograniczone do dróg prawidłowych, i zapobiega się przez to nieprawidłowemu, chorobowemu rozbiegowi odruchów, który przeziębienie stanowi. Nadto, jeżeli mamy z jednéj strony słuszne powody do przypuszczenia, że wrażenia polegają na zmianach chemiczno-fizycznych w ciałkach ośrodkowych, a z drugiéj strony wiemy, że działania wszystkich nerwów są co do zasady identycznemi, czyli że zmiany chemiczno-fizyczne zachodzące w nerwach za jakiémś podrażnieniem są jednakowe a różnice zależą tylko od modyfikacyi budowy ich końców, to psycho-fizyczne prawo Fechnera odkryte dla wrażeń zmysłowych mogłoby i tu znaleść zastósowanie. Prawo to opiewa: że wrażenie równa się logarytmowi podniety, czyli że zmiany fizyczno-chemiczne w ośrodkach wzrastają, jak logarytm zmian w procesach nerwowych. Rozpatrując się w tablicy logarytmów widzimy, jak z przyrostem liczby o jednakowéj różnicy przyrost logarytmów tym liczbom odpowiednich co raz bardziéj się zmniejsza.

Liczba	Różnica	Logarytm	Różnica
1	1	0.000	—
2	1	0.301	0.301
3	1	0.477	0.176
4	1	0.602	0.125
5	1	0.698	0.096
6	1	0.778	0.080
7	1	0.845	0.067
8	1	0.903	0.058
9	1	0.954	0.051
10	1	1.000	0.046
11	1	1.041	0.041

Jeżeli liczby oznaczają podniety, a logarytmy wrażenia, to tu widzimy, jak na równy przyrost podniety przyrost wrażenia coraz bardziéj maleje, czyli jak organizm się do jakiegoś podrażnienia przyzwyczaja. Albo weźmy wrażenia o jednakowéj różnicy, zobaczmy odpowiednie im podniety.

Logarytm	Różnica	Liczba	Różnica
0	—	1	—
1	—	10	9
2	1	100	90
3	1	1000	900
4	1	10000	9000
5	1	100000	90000
6	1	1000000	900000
7	1	10000000	9000000

Widzimy więc, jak podniety coraz bardziéj powiększać trzeba, ażeby odpowiednie im wrażenie o równą ilość wzrosło. Jeżeli np. jakiś nerw lub grupa nerwów zaakomodowawszy się do pewnéj podniety, a wyjdzie z równowagi skoro tę podnietę o tyle zwiększymy, że odpowiednie jéj wrażenie wzrośnie o 1, to trzeba powiększyć podnietę o 9, jeżeli jest w równowadze przy wrażeniu =0, o 90 jeżeli nerw się zaakomodował do wrażenia = 1, o 900 jeżeli nerw jest w równowadze przy wrażeniu 2, a o 9000 jeżeli nerw był zaakomodowany do wrażenia = 3 itd. Widzimy to też w rzeczywistości. W lecie, gdzie nerwy przyzwyczaiły się do ciepłéj temperatury, już nie wielka różnica wywołać może przeziębienie, w zimie różnica ta musi już być większa. Tak potrzebują nieprzykryte nerwy rąk i twarzy wielkiéj podniety termicznéj, aby odruchy przeziębienia wywołać, gdy tymczasem część skóry zawsze przykryta a zatém nieprzyzwyczajona do wpływów zimna, dosięgnięta lekką tylko podnietą termiczną łatwo chorobę przeziębną wznieci.

Sądzę, że z tego wszystkiego, co poprzedza, dość przekonania nabyć mogliśmy, że teoryją neuropatyczną przeziębienia wszystkie jego objawy wytłumaczyć można. A jeżeli zachodzą jeszcze jakieś luki, to nie jéj saméj winę zadawać należy, raczéj okoliczności, że fizyjologija nerwów, można powiedzieć, jest jeszcze w kolebce, a powtóre, że nam jeszcze daleko do dokładnego poznania wewnętrznéj budowy i wszystkich własności gazów, które nas otaczają (zjawiska meteorologiczne). Dziwić się więc nam wypada, że mogą się jeszcze znaleść tacy, których ta teoryja nie zadowala, że Hueter a za nim Serkowski mógł powiedzieć: „gdy ciało jest rozgrzane, wtedy naczynia powierzchowne rozszerzone ułatwiają wniknięcie mikrokoków do ustroju.“ Jakby te monady nie miały innéj drogi do krwi. Wszakże owe jezioro krwi w płucach zawarte ma powierzchnię 2000 stóp kwadratowych, stanowi $^1/_5$ część całéj masy krwi, i jest przegrodzone od powietrza atmosferycznego tylko delikatnym przybłonkiem, którego i tak często brakuje, cieniuchną błoną zasadniczą i bardzo delikatnemi naczyńkami włosowatemi; gdy tymczasem w skórze monady te muszą przebywać odzienie, które jak doświadczenia samego Pasteura wykazały, przeważną jeżeli nie całą ich ilość zatrzymuje (doświadczenia z czopkiem z bawełny strzelniczéj), potém natrafiają na przyskórek gazom tylko przejścia dozwalający, a jeżeli się dostaną do gruczołów potnych, wtedy najprzód przedziurawić muszą przybłonek brukowy, aby się przecisnąć potém przez dość twardą błonę bezpostaciową, potém przez warstwę włókien mięsnych, potém znowu przez jedne błonę tkanki łącznéj i dopiero wtedy mogą się przerzynać przez ściany naczyń do krwi. Ale to wszystko jakiś czas trwać musi, a tu tymczasem widzimy, że newralgija przeziębienia występuje szybkością błyskawicy, raczéj szybkością prądów nerwowych, za podziałaniem jakiegoś wpływu termicznego; widzimy bowiem, że u osób skłonnych do bólów reumatycznych głowy, uszu lub zębów bóle te przypadają w téj saméj chwili, kiedy zimny wiatr dosięgnął głowy. Prawda, że gorączki z przeziębienia w kilka godzin późniéj, w 12—18 godzin po doznaniu wpływu zimna, występują, a mogłoby się zdawać, że to

jest czas wylęgania zaczynów, które się do krwi dostały. Ale jak słyszeliśmy, należy uważać takie gorączki jako skutek wysilenia ośrodka ciepłoty, przed którém zawsze istnieje stan podrażnienia układu nerwowego objawiający się większą skłonnością do potów, większém rozdrażnieniem, czuciem znużenia, ociężałości, co têm pewniéj do wysilenia ośrodka ciepłoty prowadzi, jeżeli chory na ten stan nie zważając daléj się naraża na oziębiający wpływ otoczenia. Potém uczy doświadczenie, że przeważna część gorączek z przeziębienia powstaje właśnie, jeżeli ciało nieruchome dłuższy czas na działanie zimnéj temperatury jest narażone. A tu właśnie powłoka skórna zimna, naczynia skórne zwężone, co raczéj przedstawia zaporę przeciw wniknięciu wspomnionych monad. A jeżeli się zdarzają przeziębienia przy rozgrzanem ciele, wtedy to zjawisko inaczéj tłumaczyć należy. Albo to rozgrzewanie dłuższy czas trwało, tak że układ nerwowy zaakomodował się do wyższéj temperatury a przez to stał się wrażliwszy na zimno (prawo Fechnera: wrażenie rośnie jak logarytm podniety), albo przez to rozgrzanie poty wystąpiły, a parowanie potów wielką ilość bo 537.20 C. jednostek ciepła ciału odejmuje; albo nareszcie, jeżeli to rozgrzanie jest skutkiem natężonéj pracy mięśniowéj, wtedy układ nerwowy osłabia się z wyczerpania i z upośledzonéj odnowy w skutek przeładowania krwi kwasem węglowym i innemi pierwiastkami z pracy mięśni wynikającemi, co za sobą pociąga większą pobudliwość odruchową.

Co do chorób z przeziębienia wynikających, to oprócz już wspomnianych newralgij mogą powstać, skoro przeziębienie za sprawę odruchową uważamy, zboczenia odżywcze wszędzie, gdzie tylko nerwy w sprawie odnowczéj pośredniczą. Po największéj części zaś umiejscowia się choroba przeziębna w takiéj części ciała, która już sama bezpośrednio przez narażenie na działania zimna została uszkodzoną, jako to błona śluzowa nosa, połyku, tchawicy, oskrzeli: tu wikła się przeziębienie ze zmarznieniem. Potém co do częstości doznawają mięśnie ze swemi dodatkami szkodliwego wpływu zimna, gdyż jak słyszeliśmy już i w stanie normalnym bywają pobudzone przez bodziec termiczny *(Röhrig)*. Daléj dosięga wpływ zimna wszystkich tkanek, których odżywienie zkądinąd jest upośledzone. Tak widzimy w skutek przeziębienia pogorszenia wszelkich chorób chronicznych *(locus minoris resistentiae)* i zmiany chorobowe we wszelkich możliwych narządach. Lecz żeby z przeziębienia choroba zwana *Rheumatismus articulorum acutus* czyli *Polyarthritis rheum. acuta* powstała, tego na podstawie mego doświadczenia przypuścić nie mogę. Jestem blizko 18 lat lekarzem kolejowym, w pierwszych 8 latach miałem personal pod swoją opieką składający się więcéj niż z 800 ludzi, w następnych latach blizko 400, którzy się narażają na wszelkie możliwe wpływy atmosferyczne, co ma ten skutek, że podlegają wszelkim możliwym chorobom z przeziębienia wynikającym, najbardziéj reumatyzmowi mięśni, a przez ten cały czas nie było ani jednego przypadku zapalenia wielostawowego ostrego właśnie u tych, których używają do tak zwanéj służby zewnętrznéj, u konduktorów, hamowników, palaczy, maszynistów, robotników warsztatowych, a jeżeli napotykałem kiedy tę chorobę to tylko u urzędników biurowych, albo u żon i dzieci robotników. Dlatego muszę się zgodzić na zdanie tych, którzy chorobę w mowie będącą za infekcyjną (zakaźną) uważają, co pierwszy Hirsch podniósł a zanim Lebert, a ostatniemi czasy Rehn z takim przyciskiem uwydatnia (Gerhardt: *Handbuch der Kinderkrankheiten* t. 3, 1, pag 28). Jako powody, dlaczego tę chorobę nie mającą nic wspólnego z gośćcem mięśniowym i z gośćcem zwykłym (przewlekłym) stawów, chyba tylko z pierwszym wspólność bólu a z drugim wspólność organów zajmowanych, za przyrzutową uznawać należy, przytaczają epi- i endemiczne wystąpienie w niektórych miejscowościach, podczas gdy inne okolice całkiem są od niéj wolne, ostry przebieg prawie typowy z charakterystycznemi potami, z upośledzeniem całego chemizmu w ustroju i z następową czasem uporczywą anemiją i przewlekłą niemocą układu nerwowego, nareszcie dziedziczne usposobienie do téj choroby, a może téż i specyficzne działanie kwasu salicylowego zaraz w początku choroby (Rehn). A jeżeli dotychczas przeziębienie zawsze jeszcze zostaje pod zarzutem, że jest głównym jéj motorem, to temu przypisać należy, że zawsze jeszcze mięszamy wspomnioną chorobę ze zwykłemi gośćcami. Po ścisłém atoli wyłączeniu przekonamy się, jak to u mnie w kilku przypadkach miało miejsce, odkąd moja uwaga na ten punkt została skierowaną, że przeziębienie tu tylko odgrywa rolę przyczyny okolicznościowéj, jak to we wszystkich chorobach przyrzutowych widzimy, że gwałtowne oziębienie ciała okres wylęgania skracając wybuch choroby przyspiesza.

Oto tyle, co nam dotychczas wiadomo o wpływie zimna, o czynniku tak często z jednéj strony nadużywanym, a z drugiéj strony niejednokrotnie nawet drwinkami zbywanym, lecz zawsze zasługującym na bliższe zapoznanie się z nim; dokładna bowiem jego znajomość wiele się przydać może do fizycznego wychowania dzieci, do pomyślnego przeprowadzenia rekonwalescencyi, do urządzenia sposobu życia dla osób dnawych, reumatycznych, dla osłabionych, wycieńczonych i dla suchotników.

II. Oceny i sprawozdania.

Dr. L. Lewin (w Berlinie): **O działaniu kwasu siarkowego na organizm zwierzęcy, osobliwie na krew.**

Hoppe-Seyler *(Centralbl. f. d. med. Wiss. 1863)* wykazał pierwszy, a Kaufmann i Rosenthal (*Archiv f. Anatom. u. Physiol. 1865)* oraz Lewisson (*Virchows Arch. 1866*) sprawdzili, że jeżeli gaz kw. siarkowodowego wprowadzamy w krew zawierającą kwasoród, krew ta nabiera barwy brudno zielonéj, a w grubszych warstwach brudno-brunatnéj, i że na widmie zamiast dwóch smug gałczenia tlennego okazuje szeroką smugę gałczenia odtlenionego, że jednak przed ukończoném odtlenieniem pojawia się nowa cienka smuga w polu czerwoném pomiędzy linijami Frauenhofera C i D, do ostatniéj zbliżona; trzecia ta smuga według Hoppego nie jest smugą gałczenia, lecz rezultatem połączenia się hematyny lub hemoglobiny ze siarką. Preyer *(Die Blutkrystalle*, Jena 1871) twierdzi, że w skutek zadziałania kw. siarkowodowego na krew powstają po kolei 3 połączenia: 1) gałczeń siarkotlenny 2) gałczeń siarkowy odtleniony i 3) gałczeń siarkowodowy bez widma szczególnego.

Mimo to wszystko nie udało się dotąd wykazać te zmiany we krwi u zwierząt otrutych kwasem siarkowodowym (a têm mniéj u ludzi zmarłych z otrucia tym gazem, a względnie gazem kloacznym. *Sprawozd.)*; co najwięcéj powiodło się Kaufmannowi i Rosenthalowi znaleść u żab barwę brudno-zieloną krwi, a w niéj smugę gałczenia odtlenionego, podczas gdy badanie widmowe krwi u królików otrutych gazem H_2S wykazało li prawidłowe smugi gałczenia tlennego,

który szybko uległ odtlenieniu w skutek dodania małéj ilości siarczku amonu.

Otóż L. wstrzykiwał nie tylko żabom, ale i królikom, psom i kotom nieco soli Schlippego (siarko-antymonianu trójsodowego, a mianowicie żabom po 0·025—0·05, innym zaś po 0·2—0·4) i już w 10—15 minut tak za życia jako i po śmierci był w stanie wykazać we krwi tych zwierząt smugę siarko-galczeniową przy D, zwłaszcza, jeżeli wstrzykiwał bezpośrednio do naczynia krwionośnego. Smuga ta występuje zawsze, utrzymuje się długo (bo jeszcze wykazać się daje w 14 dni po otruciu), a nie daje się usunąć przez wprowadzenie do krwi kwasorodu lub tlenku węgla. Przy sekcyi po otwarciu jam ciała czuć charakterystyczną woń gazu H_2S. Ta sama smuga występuje, jeżeli do krwi z ciała wyjętéj, nawet do krwi zawierającéj w sobie tlenek węgla, dodaje się soli Schlippego.

Jeżeli więc H_2S *in statu nascenti* styka się ze krwią zwierzęcia żyjącego, wtedy łączy on się ściśle ze krwią kosztem kwasorodu, zastępując więc miejsce ostatniego pozbawia ciałka czerwone pewnéj części kwasorodu, a w miarę im mniéj lub więcéj onego wypiera, występują albo objawy utrudnionego oddychania, albo śmierć. Nigdy zaś nie przychodzi do zupełnego wyparcia kwasorodu za życia, ponieważ zwierzę wcześniéj umiera z powodu braku kwasorodu; odpowiada temu fakt, że L. nigdy nie znachodził we krwi smugi galczenia odtlenionego. Jak skoro krew okazuje smugę siarko-galczeniową, jest to dowodem, że H_2S w dostatecznéj ilości dostał się do krwi, aby ściśle z nią się połączyć, a gdy zwykłe gazy związku tego zniszczyć nie mogą, więc doprowadzenie kwasorodu obok rozwijającego się H_2S nie wpływa wcale na zmniejszenie działania jego trującego. Śmierć zwierzęcia zatém nie jest następstwem odjęcia kwasorodu, lecz niezdolności nowego związku do brania udziału w wymianie gazów.

Doświadczenia te są ważne, nie z powodu tłumaczenia sposobu, w jaki H_2S w ogóle działa trująco, bo tłumaczenie to nie jest nowém, lecz z powodu, że wykazują, iż H_2S we krwi otrutego wtedy tylko za pomocą badania widmowego stwierdzony być może, jeżeli gaz ten *in statu nascenti* z krwią się zetknął; w przeciwnym zaś razie, jeżeli dostał się do krwi już jako gaz gotowy lub w rozczynie wodnym, wtedy obecność jego we krwi na widmie wcale się nie zdradza. (Wynika ztąd, że widmo H_2S nigdy nie nabędzie dla medycyny sądowéj tego znaczenia, jakie dla niéj posiada widmo tlenku węgla, ponieważ w przypadkach sądowych mamy do czynienia z H_2S, który jako gaz gotowy, jako część składowa gazu kloacznego, wydzielanym zostaje, a choćby nawet świeżo wywiązał się, to przecież jako gotowy gaz dostaje się do dróg oddechowych, a nie styka się bezpośrednio z krwią *in statu nascenti*. Z drugiéj strony L. dostarczył dowodu, że widmo H_2S można otrzymać we krwi zwierząt gazem tym otrutych, — czemu przeczy Hofmann — oczywiście tylko przez wstrzyknięcie soli Schlippego. *Sprawozd.*) (*Virchows Archiv*, T. 74, Z. 2, 1 paźdź. 1878 r.) *L. B.*

III. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 10go października 1878 roku.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Zielewicz opowiada o działaniu jodoformu w następujących chorobach:

a) Gruczoły chłonne. U dzieci złzowych pędzlowanie rozczynu eterycznego nie wywoływało prędzéj skutku, niż pędzlowanie jodu; tylko w jednym przypadku wola torbielowego torbiel zmniejszył się znacznie, wszakżeż rezultat jeszcze nie zupełnie dodatni.

b) Błony śluzowe. Na błonę śluzową połyku działa jodoform o tyle korzystnie, że w prostém zapaleniu gardła skutek jego bywał pomyślny i energiczniejszy, aniżeli przy stósowaniu azotanu srebrowego. Próby umyślnie z Dr. Batkowskim dokonywane tym środkiem w dwóch przypadkach zapalenia gardła błonicowego w ciężkiéj płonicy okazały się bezskutecznemi. W zapaleniu prostém błony śluzowéj jamy ust nie okazał się jodoform skuteczniejszym od innych dotychczas używanych środków. Natomiast w szczelinach odbytu u dzieci kilkakrotnie z dobrym skutkiem stósowano rozciek jodoformu w ten sposób, że środek ten wprowadzano delikatnym pędzelkiem do ujścia odbytnicy. Już po 2- 3-krotném zapędzlowaniu objawy ustawały i owrzodzenia szybko się goiły.

c) Znakomite działanie jodoformu skonstatowano w przypadku wysięku opłucnowego u dziecka 5-cioletniego. Wysięk zajmował całą lewą połowę klatki piersiowéj a wśród zewnętrznego (pędzlowania klatki piersiowéj) i wewnętrznego używania (0,05 — 0,10 *pro dosi*) jodoformu znaczny ten wysięk ustąpił w krótkim czasie.

Dr. Z. namienia, że jodoform rozpuszcza się bardzo trudno i to tylko w eterze i gorącym wyskoku wśród energicznego kłócenia; eteru jednak nie należy brać więcéj nad 12,0 na 1,0 jodoformu, w przeciwnym bowiem razie jodoform osadza się na dnie naczynia. Jodoform w małych dawkach wewnętrznie użyty nie sprawia żadnych dolegliwości, dawki większe sprawiają brak łaknienia i rozwolnienie.

Dr. Kaczorowski spostrzegał znakomite skutki jodoformu na wrzody miękkie, które się nieraz już w 5 dniach zabliźniały. Używał zaś czystego jodoformu a gdy takowy zbyt silnie działał, kazał naprzemian stósować z lekkim rozczynem siarkanu miedzi. Tak samo pomyślny rezultat widział po kleinie jodoformowéj w zapaleniu stawów, nerwobólach, zapaleniu jądra itd.

3) Następnie Dr. Osowicki referuje o następującéj operacyi: Dnia 25 września przedstawił mu kolega Pauly kobietę wiejską 39 lat liczącą. Jest zamężna, rodziła 5 razy, ostatni raz przed 6 laty. Przed czterema mniéj więcéj laty spostrzegła, że żywot jéj zwolna rosnąć począł, co, nie mając przytém żadnych dolegliwości znaczniejszych, uważała za objaw nowéj ciąży. Gdy przecież czas minął, a objętość brzucha ciągle się wzmagała, udała się do lekarza, który cierpienie jéj uważając za torbielaka jajnikowego zrobił nakłócie i wypuścił znaczną ilość płynu żółtego. Odtąd nakłócie to powtórzono 15 razy, chora w końcu kilka razy sama to uskuteczniała przecinając skórę przy pępku brzytwą i wkładając w ranę piórko gęsie. Kolega Pauly, który punkcyję kilka razy sam wykonywał, podaje, że worek przez nakłócie całkowicie wypróżnić się nie dał. Dnia 26go września chora przyjętą została do zakładu Elżbiety. Badanie wykazuje: wychudnienie wielkie całego ciała, nogi zbrzękłe, również dolna część brzucha; w moczu wielka ilość białka i wałeczki. Tętno twarde, napięte, lewa komórka serca przerosła. Brzuch bardzo znacznych rozmiarów: odległość od wyrostka mieczykowatego do spojenia kości łonowych 67 cm., objętość 96 cm. Przy opukiwaniu rozpoczyna się stłumienie w górze trzy palce nad pępkiem, schodzi następnie równo ku dołowi i bokowi aż do linii biodrowéj z każdéj strony; odtąd głos wysoki bębenkowaty aż do kości pacierzowéj po obu stronach. Nadto chełbotanie faliste bardzo wyraźne. Badanie przez pochwę wykazuje macicę w stanie zaniku i dającą się lekko usuwać ku górze. Badanie *per anum* palcem potwierdza powyższe dane; głębiéj sposobem Simona nie badano wcale. Pępek wielkości kurzego jaja wypięty zawiera płyn i ustępuje zwolna tylko naciskowi, który go przecież zupełnie wypróżnić nie zdoła. Punkcyi próbnéj zaniechał Dr. O. i stąd téż nie badał płynu na przybiałnik (*paralbuminum*), tém mniéj gdy nowsze fakty przytaczane w literaturze podają w wątpliwość bezwzględne znaczenie tegoż ciała w rozpoznawaniu torbielaków jajnikowych. W obec tych wszystkich objawów i rezultatów dawniejszych punkcyj rozpoznanie torbie-

laka jajnikowego zdawało się niewątpliwém. Chora życzyła sobie koniecznie radykalnéj operacyi. Wielka ilość białka w moczu czyniła rezultat tejże w wysokim stopniu wątpliwym, przecież z drugiéj strony można było mieć nadzieję, że usunięcie nowotworu i stąd też ucisku, jaki tenże na nerki wywierać musiał, wpłynie korzystnie na samo cierpienie nerek. W niedzielę dnia 80go września przy współudziale Drów Kaczorowskiego, Batkowskiego i Paulego przystąpiono do operacyi przestrzegając ściśle przepisów Listra. Po zrobieniu cięcia skórnego w linii białéj w długości 6 cm. i rozdzielenia zwolna warstwy mięsnéj doszedł Dr. O. do błony zgrubiałéj, napiętéj, brudno-fijoletowego koloru, zawierającéj właściwą ciecz: w konsekwencyi rozpoznania uważał O. błonę tę jako właściwą błonę torbielaka. Rozpoczął zwolna i ostrożnie oddzielać ją od ściany brzusznéj po prawéj stronie i uskutecznił to w szerokości około 4 palców, a długości dłoni, gdy pęcherz, który miał pod ręką, pękł. Włożywszy rękę w przestrzeń otwartą spostrzegł, że rozpoznanie było błędne, ciecz zawarta była w saméj jamie brzusznéj; błona którą za ścianę torbielaka uważał, była to błona brzuszna bardzo zgrubiała i w stanie chronicznego zapalenia. Po usunięciu płynu można było przez macanie stwierdzić, że jajniki i macica były w stanie zaniku, lecz nie zwyrodniałe, że daléj kiszka ślepa i część jelit cienkich przyrosła była szczelnie do tylnéj ściany brzucha i kości pacierzowéj, że inna większa część jelit cienkich, jelito zstępujące, *flex. sigmoidea* pływały w owym sztucznie wytworzonym worku, który na mocy tak łudzących objawów uważano za torbielaka jajnika. Chora zniosła tę operacyję właściwie bez reakcyi, tylko na trzeci dzień wieczorem raz jeden podniosła się temperatura do 39°. Apetyt się poprawił, ilość moczu pomnożyła a płyn, który w pierwszych dniach po operacyi gwałtownie się zbierał, zaczął się zmniejszać znacznie. (Bliższe szczegóły na przyszłém posiedzeniu.)

Dr. Zielewicz mniema, że gdyby się było badało sposobem Simona, byłoby się bez wątpienia dało uniknąć owego błędnego rozpoznania; tak samo sądzi Dr. Kaczorowski. Dr. Osowicki zaś, przyznając słuszność powyższych wywodów namienia tylko, że próby te trzebaby było robić kilka dni naprzód i że to badanie nie tylko jest bolesne ale pozostawia nadto mimowolne odchody kału, okoliczności które nie małego były znaczenia u choréj osłabionéj i wynędzniałéj w wysokim stopniu.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski sekretarz.

IV. Listy z Warszawy.

III.

Uniwersytet nasz znowu ciężką poniósł stratę przez śmierć Hermana Fudakowskiego, który od lat 14tu wykładał w nim z niemałym dla studentów pożytkiem chemiję lekarską. Karyjerę swoją naukową rozpoczął on w styczniu 1864 roku, w którym to czasie został bezpłatnym docentem fizyjologii w b. szkole głównéj. Za jego staraniem przeważnie utworzono tak ważną katedrę chemii fizyjologiczno-patologicznéj i jemu powierzono we wrześniu tegoż roku wykład tego przedmiotu. F. przez lat 14 sumiennie pracował a wyniki z jego pracy ogłaszane tak w tutejszych, jak i zagranicznych pismach naukowych dowodziły jego wysokiego uzdolnienia i zupełnéj samodzielności, a pomimo to, do końca życia swojego był tylko docentem, (z płacą 1200 rubli rocznie). Upośledzenie to starano mu się wprawdzie wynagrodzić przez danie mu orderu, przez podniesienie go do rangi Radcy stanu, niemniéj jednak czuł on głęboko, jak wielką krzywdą mu przez to wyrządzają. Fudakowski niebył powagą naukową pierwszorzędną, niezrobił wielkich odkryć i nie wprowadził na nowe tory nauki, którą uprawiał, ale sumienna i wytrwała praca była dla nas wielce pożyteczną. Oprócz chemii lekarskiéj ulubionym przedmiotem jego była higijena i oddawał wielkie usługi społeczeństwu naszemu przez wykonywanie dokładnych analiz rozmaitych tajemnych środków leczniczych, masy do pobielania, obić papierowych etc. i przez wykazywanie ich szkodliwości dla zdrowia ogółu. Brak jego bardzo nam się da uczuć, bo pytanie czy następca jego w tym samym stopniu jak on będzie znał potrzeby naszego społeczeństwa, lub będzie się o nie troszczył, a inni chemicy mają pełno innéj roboty, wreszcie jako nielekarze nie znają tych potrzeb, które Fudakowski znał. Obszerne dzieło jego o chemii lekarskiéj zostało niedokończone; tylko pierwsze dwa zeszyty wydrukowane zostały w biblijotece umiejętności lekarskich. Rak żołądka, który o śmierć go przyprawił, zaczął się rozwijać przed rokiem, a z wiosną rb. stan jego znacznie się pogorszył, pomimo to nie przestawał wykładać i na 3 tygodnie przed śmiercią jeszcze czytał lekcyję. W wigiliję śmierci jeszcze mocno był zajęty czytaniem nowego dzieła, które otrzymał i do kolegów, którzy go odwiedzali, mówił w przewidywaniu rychłéj swojéj śmierci, iż chciałby umrzeć dopiero po przeczytaniu jego. Umarł dn. 10 bm. a pogrzeb jego, który 14go miał miejsce, odbył się z wielką uroczystością. Koledzy i uczniowie zmarłego nieśli trumnę na sam cmentarz, w obec nadzwyczaj licznego orszaku pogrzebowego. Nad grobem przemawiali: Feliks Nawrocki prof. fizyjologii, Hoyer prezes Towarzystwa lekarskiego warsz. i student medycyny Załeski.

Przed niedawnemi czasy (w miesiącu wrześniu) wykończony i otworzony został w Warszawie szpital dla dzieci starozakonnych przy jednéj z odleglejszych ulic miasta (Śliskiéj), zamieszkałéj przez ubogą ludność, przeważnie żydowską. Fundatorami tego szpitala są małżonkowie Berson i Bauman, a nazwiska tych, skądinąd wielce poważanych rodzin, zajęły niepoślednie miejsce w liście dobroczyńców naszego miasta. Chwilowo mieści ów szpital tylko 25 łóżek, ale ilość ta z łatwością może być powiększoną do 50. Budynek jednopiętrowy przedstawia się bardzo dobrze; na piętrze znajdujemy pięć dużych sal przeznaczonych dla chorych, na parterze mieści się sala chirurgiczna, administracyja, ambulatoryjum, apteka etc. Dwie sale są zupełnie od pozostałych oddzielone, mają wyłączne wejście i przeznaczone są dla chorób wysypkowych i zaraźliwych. Dodawać nie potrzebuję, że znajduje się na miejscu kąpiel i że jedna wanna jest do przenoszenia. Kuchnia, magiel, skład bielizny etc. mieszczą się w suterenach, a winda służy do podnoszenia potraw na górę. Do szpitala przyjmują się dzieci starozakonne, ale w ambulatoryjum udziela się porady dzieciom wszystkich wyznań.

Nie ulega wątpliwości, iż szpital ten wielkie przyniesie usługi a szlachetnym ofiarodawcom należy się wysokie uznanie za piękne użycie pieniędzy. Jest nadzieja, że z tego maleńkiego szpitalika urośnie z czasem zasobny i obszerny zakład, który w zupełności potrzeby tak wielkiego miasta, jakiém jest Warszawa, w tym kierunku zaspokoi.

Drugi szpital dziecięcy chrześciański istniejący od lat kilku a w roku 1875 przeniesiony do umyślnie na ten cel zbudowanego gmachu (na ulicy Aleksandrya) podlegał w ostatnich czasach licznym a zasłużonym krytykom. Szpital ten zawiera 50 łóżek i utworzony został i utrzymywany jest ze składek prywatnych, miasto tylko daje 1000 rubli rocznéj zapomogi. Wydatki wynoszą około 10,000 rubli rocznie. Gmach składa się z czterech murowanych budynków, z których główny świeżo wystawiony został a pozostałe są stare; w jednym z tych ostatnich mieści się na piętrze w ciasnych, niskich i wilgotnych pokojach, bardzo źle izolowanych

oddział dla chorób zaraźliwych i wysypkowych, służba w tym oddziale ta sama jest co w innych, stąd zdarzały się smutne przypadki, iż dzieci po wyzdrowieniu z jednéj wysypkowéj choroby dostawały drugiéj i na tę ostatnią umierały. Głos lekarzy, którzy niejednokrotnie przeciwko takiemu stanowi rzeczy protestowali, nie został nigdy wysłuchany i złe daléj istnieje.

Całe złe pochodzi stąd, że administracyja szpitala składa się z osób niefachowych, że nie idzie ręka w rękę z ordynatorami zakładu i że najzupełniéj zdania i słuszne ich żądania pomija. Lekarze mianowani przez ów Zarząd nie są wcale płatni, darmo pełnią obowiązki swoje i mają na każdym kroku do zwalczania jego arbitralne postępowanie. Nieznajomy autor w Gazecie Lekarskiéj wyłuszczył to wszystko obszernie i podaje między innemi, iż Zarząd bez zniesienia się i bez wiedzy lekarza wydala nieraz posługacza lub felczera, którego on z wielkim trudem przez lat parę kształcił; dostawszy naraz obcego, z niczém nieobeznanego człowieka, rozpoczyna na nowo ciężką pracę nauczania i wprawiania go w pielęgnowanie chorych.

Lekarze żądali niejednokrotnie, żeby urządzono parową kamerę dla chorych dotkniętych dławcem (przyrząd inhalacyjny), żeby nabyto przyrządy ortopedyczne do prostowania skrzywień, żeby zaprowadzono jakąś stałą, ściśle określoną dyjetę etc., ale żadne z tych żądań uwzględnione nie zostało. Dzieci tam żywią tém co pod ręką mają i jak mogą. Wielki brak lekarza domowego czuć się daje, bo trudno żądać od ordynatorów, którzy darmo przed południem parę godzin czasu dla szpitala poświęcają, żeby jeszcze wieczorne odbywali wizyty, a w razie jakiegoś gwałtownego a nadzwyczajnego wypadku po za godzinami wizytowemi nie ma żadnéj pomocy lekarskiéj. Apteka jest pod nadzorem siostry miłosierdzia, która pojęcia o przygotowywaniu lekarstw mieć nie może. Siostr miłosierdzia jest 7, ale stosunek ich do lekarzy nie jest jasno określony, stąd mnóstwo wypada kolizyj. Takie krzyczące braki i niedostatki wywołały słuszne oburzenie w prasie i sprawiedliwie domagają się dokładnego zbadania téj sprawy i radykalnéj zmiany administracyi.

Przy obsadzaniu miejsc ordynatorów szpitalnych (prymaryjuszów, jak ich w Austryi nazywają) przywrócono od jakiegoś czasu konkursy. Takich konkursów mieliśmy w ostatnich czasach parę, ale nie wszystkie dobrze się zakończyły. Konkurs odbywa się w ten sposób, iż kandydaci są obowiązani, w obec gremium wybranych sędziów, których jest 5ciu do 6ciu, wyegzaminować dwóch chorych, rozpoznać chorobę i opowiedzieć plan leczenia, a następnie nie dłużéj jak pół godziny mieć wykład w wybranym przez siebie temacie. Język rosyjski jest obowiązkowy. Przedostatni konkurs na ordynatora chorób syfilitycznych w szpitalu starozakonnych wypadł bardzo niefortunnie, bo z trzech kandydatów, którzy do owego konkursu się stawili, wszyscy przepadli, gdyż ani jeden nie miał wymaganéj ilości głosów. Co jest tego przyczyną? Czyżby Warszawa tak bardzo była ubogą w syfilidologów? Bynajmniéj. Przedewszystkiém na zawadzie stoi język rosyjski, który przez wielu lekarzy nie jest wcale znany; daléj posada nie jest zbyt ponętną. Szpital ów znajduje się bardzo daleko od miasta, prawie za miastem, a zapłata tak jest mała (300 rubli rocznie), że ledwie na dorożki wystarczy. Następny konkurs odbył się na ordynatora b e z p ł a t n e g o w instytucie oftalmicznym; stanęło 2ch kandydatów, Dr. Gepner otrzymał pierwszeństwo. Obecnie znowu kilka konkursów jest na widoku, przedewszystkiém na obsadzenie miejsca opróżnionego przez zmarłego w roku zeszłym Dra Czajewicza w szpitalu św. Rocha; miał on oddział chorób wewnętrznych. Noszono się z projektem ustanowienia posady lekarza domowego, któryby w szpitalu tym mieszkał, co z wielką byłoby korzyścią dla chorych, ale niewiadomo dlaczego projektu tego zaniechano. Takich lekarzy domowych zaprowadzają powoli we wszystkich szpitalach. W największym szpitalu warszawskim Dzieciątka Jezus lekarzy domowych aż trzech zamianowano (z pensyją 400 rs. i mieszkaniem), ale za to zniesiono posadę pomocnika naczelnego lekarza. Uwolniono przez to ordynatorów od nadzwyczaj uciążliwych dyżurów, które co pewien przeciąg czasu musieli odbywać. Oprócz powyższych, mają się odbyć konkursa na ordynatora oddziału chorób nerwowych w szpitalu starozakonnych i oddziału ginekologicznego w szpitalu św. Ducha; ten pierwszy oddział ma być dopiero stworzony, gdyż dotychczas nie istniał taki w całéj Warszawie.

Liczba zakładów leczniczych prywatnych powiększa się; przed kilkoma dniami otworzony został t. zw. Warszawski Dom Zdrowia, który przeznaczony jest dla chorych obu płci dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, z wyjątkiem chorób umysłowych. Dziesięć łóżek chwilowo jest gotowych do przyjęcia owych chorych; wkrótce jednak w nowowybudowanéj oficynie przybędzie jeszcze pewna ilość pokoi. Właściciele tego zakładu (których jest aż czterech) ogłaszają, iż rozdzieliwszy pomiędzy siebie specyjalności odwiedzać będą każdego chorego 2 razy dziennie, że jednak każdy z ich pacyjentów ma prawo przyzywania do siebie któregokolwiek z innych, niezakładowych lekarzy i temu swoją kuracyję powierzyć. Zakład stoi w pięknem miejscu (ulica szpitalna) w ogrodzie i zaopatrzony jest we wszelkie potrzebne rekwizyta i pomoce. Za pomieszczenie, pomoc lekarską zakładową, życie etc. płacić się będzie od trzech rubli dziennie. Taki dom zdrowia w Warszawie bardzo jest potrzebny, jaki będzie dalszy jego rozwój, nie omieszkam Wam donieść.

W nowości literackie skąpa jest jak zwykle Warszawa, zasługuje jednak na wzmiankę wydawany przez Redakcyję Medycyny kalendarz lekarski p. t. „Rocznik Medycyny Polskiéj.“ Najważniejszy dział w roczniku stanowić będzie przegląd medycyny polskiéj za rok ubiegły od 1go lipca 1877 do 1go lipca 1878 r. Przegląd ten przybrał znacznie większe rozmiary, aniżeli sobie z początku zakreślono. Wybór coraz staranniejszy robiono, streszczano coraz treściwiéj, żeby tylko nie wyjść po za format kalendarza kieszonkowego; ztąd musiano pominąć nie jedną pracę, która w obszerniejszém sprawozdaniu znalazłaby pomieszczenie. Pisma lekarskie krakowskie dostarczyły sporą wiązankę do téj zbiorowéj pracy. Przypuszczać należy, że i galicyjscy lekarze zechcą poprzeć to jedyne w swoim rodzaju wydawnictwo polskie.

Drugą nowością literacką jest: iż dwóch lekarzy warszawskich pracuje nad ułożeniem „Słownika lekarzy i przyrodników polskich.“ Zbierają oni porozrzucane wiadomości o lekarzach i przyrodnikach polakach, którzy wybitną działalność w jakimkolwiek kierunku rozwinęli i dopełniają opisem współczesnych, a to ostatnie prawdopodobnie najwięcéj trudności przedstawiać będzie. Wydawnictwo to wymaga ogromnéj pracy i nie mogłoby być dokonane siłami jednego autora, sądzimy nawet, iż we dwóch nie dadzą mu rady i będą musieli niektóre działy innym kolegom powierzać. Autorowie zamierzają dzieło to wydać swoim nakładem.

Warszawa d. 16 listopada 1878 r. 3.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** d. 21 listopada. Umiejętność nasza poniosła dotkliwą stratę w skutek śmierci Dr. med. Hermana Fudakowskiego, docenta chemii lekarskiéj w Uniw. warszawskim, zmarłego d. 10 bm. w kwieciè wieku. Dr. F. urodził się d. 26 września 1834 r. w dziedzicznéj majętności Siwteńcach na Ukrainie, do gimnazyjum uczęszczał w Odesie, medycynę zaś ukończył w r. 1859 w Dorpacie. Odbywszy 2-letnią podróż naukową habilitował się w Warszawie jako docent fizyjologii. W r. 1865 mianowany prof. adjunktem chemii lek. pracował przez pół roku w Tybindze pod okiem Hoppe-Seylera, a powróciwszy do Warszawy rozpoczął wykłady chemii fizyjolog. i patolog. i takowe odbywał bez przerwy aż do końca życia swego. Liczne prace tak w języku polskim, jakoteż niemieckim, zamieszczał w czasopismach warszawskich, jakoteż w czasopiśmie *Berichte der deutschen chem Gesellschaft*, dzieła zaś o chemii lek. rozpoczętego w Biblijotece umiejętn. lek. nie ukończył. Cześć pamięci zacnego człowieka i dzielnego pracownika!

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 43 (od 20 do 26 października włącznie) umarło w Krakowie osób 33; męż. 13 i kob. 20; w obwodach 20 osób i w szpitalach 13; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 30,6; we Lwowie 17.5; w Warszawie 26.3; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 25,3; w Budapeszcie 33.7; w Pradze 29,8; w Tryjeście 26,4; w Berlinie 26,2; w Wrocławiu 26,1; w Monachijum 29,0; w Dreznie 15,3; w Lipsku 23,3; w Augsburgu 42,2; w Brukseli 24.0; w Paryżu 19.6; w Londynie 21,1; w Kopenhadze 17.2; w Chrystyjanii 9,7; w Petersburgu 34,7; w Odessie 38,0. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 10 osób, mianowicie: 2 z płonicy, 3 z dławca, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 2 z róży.

* **Wiedeń**. Wydział administr. związku stowarzyszeń lek. austryjackich wypracował petycyję do Rządu wystósować się mającą w sprawie urządzenia Izb lekarskich. Jeszcze petycyja podaną nie została, a już zanosi się na protest przeciw niéj, wyjść mający z kolegijum doktorów i z innego jeszcze stowarzyszenia lek. wiedeńskiego.

Tenże Wydział administracyjny opracował projekt statutu dla instytucyi, mający na celu udzielanie pensyj i zapomóg dla lekarzy niezdolnych do pracy.

* **Mianowania i odznaczenia.** Znany ze ścisłych swoich badań docent higijeny w Monachijum i asystent Pettenkofera, Dr. med. Gustaw Wolffhügel mianowany został radzcą rządowym w ces. niem. urzędzie zdrowia w Berlinie. — Tajny radzcą prof. Finkelnburg w Berlinie i radzca lek. Dr. Wasserfuhr w Strasburgu mianowani zostali członkami koresp. towarzystwa paryskiego *Société de médecine publique.*

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Ludwik Cwiklicer, b. sekundaryjusz w szpitalu krakowskim, mianowany został prymaryjuszem szpitala w Podhajcach.

P. Leon Stanisław Kossak, rodem z Uherc mineralnych w Galicyi, 2gi asystent przy katedrze anatomii w Krakowie, w d. 16 b. m. otrzymał stopień doktora w. n. lek. w Uniw. Jagiell.

* **Nekrologija**. Otrzymaliśmy właśnie z Würzburgu doniesienie o śmierci prof. zw. oftalmologii na uniw. tamecznym, Dra Roberta Welza. Zmarły był dobrodziejem wszechnicy, albowiem, jeżeli nas pamięć nie myli, własnym kosztem wybudował klinikę dla chorych na oczy.

Przedwczoraj † w Warszawie Dr. Marceli Langowski.

* **Konkurs** do dnia 15 grudnia rozpisany został przez Namiestnictwo na posadę lekarza powiatowego w randze 9éj, ewent. 10éj, lub asystenta sanitarnego. Podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wedle ustawy z r. 1873 i znajomości języków krajowych przez odnośne starostwo, a w Krakowie lub we Lwowie przez c. k. dyrekcyję policyi.

Redakcyja otrzymała:

Dra Longina FEIGLA (we Lwowie): Kazuistyka rzadkich wypadków chorobowych ze stanowiska patologiczno-anat. i klinicznego. Zeszyt I (z 9 rycinami). Kraków 1878, in 8vo, str. 121 i XVIII.

Sprostowanie. W Nrze 42, str. 505 zamiast 1 : 15,00 lub 20.00 czytaj 1 : 15,000 lub 20.000. — W Nrze 43, str. 518, szpalta 2 zamiast wstrzykiwania ex sulfat. Chinin. czytaj ex sulfate Cadmii.

Do numeru dzisiejszego dołącza się sprawozdanie o działaniu wody gorzkiéj zdroju Franciszka Józefa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ig. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 18 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 30 listopada 1878. № 48. Rok XVII.

I. Z kliniki psychijatrycznéj prof. Meynerta w Wiedniu.

Przypadek zadumy pod postacią obłąkania z omamami przebiegającéj; wyzdrowienie.

Podał Dr. Alf. Ign. Laskiewicz-Friedensfeld,
Sekundaryjusz tejże kliniki i Demonstrator w zakładzie histologiczno-fizyjolog. prof. Brückego.

Sądzę, że przypadek ten zasługuje na szczególne uwzględnienie, chociaż nie można było tu rozpoznać z pewnością jedną, a wykluczyć drugą z wyżéj wymienionych chorób; powiedziałbym raczéj: właśnie dla tego, że trudno było rozróżnić zadumę od obłąkania, powstałego z omamów, przypadek ten jest pouczającym.

18-letni mężczyzna, który służył jako subjekt handlowy u swego wuja, 3go sierpnia 1877 przyprowadzony został przez brata do kliniki; ostatni podaje, że już od miesiąca znaczne spostrzega w chorym zmiany co do sposobu myślenia, mowy, nawet i postępowania; tak np. w roztargnieniu swém przemawia w kawiarniach do osób całkiem obcych, jakoby do krewnych, zaczepia nawet ludzi na ulicy, sądząc, że to krewni jego. Z wyrazem największego przestrachu i bojaźni powtarzał nie raz, że go będą katować. W drodze do szpitala zląkł się chory przechodzącego wojska i mało co nie uciekł. Oprócz nieznacznéj choroby nogi w dziecięctwie przebytéj, nie przypomina sobie, aby był kiedykolwiek chorym. Najstarszy brat był przed 3 latami w klinice naszéj a obecnie znajduje się w zakładzie w Klosterneuburgu. Przed kilku dniami sam udał się do policyi oskarżając się, jakoby wyłamał skrzynkę z pieniędzmi i zabrał ostatnie wujowi i że go z tego powodu dręczy sumienie. Twierdzenie to okazało się fałszywém; również podanie, jakoby mu brakowało żywności. W rzeczy saméj utaił był tylko jakąś bagatelkę należącą do wuja. Chory był zawsze słabego umysłu. Obecnie jest bardzo niespokojny i trwożliwy; mówi, że pojąć nie może, dlaczego go tu przyprowadzono; nie wie sam, co jest przyczyną jego trwogi. Zaordynowano proszki z makowca, a chory stał się nieco spokojniejszym.

6/8. Chory znowu niespokojny i bojaźliwy. Odtąd zaczynają się omamienia: chory słyszy jęki i wrzaski i sądzi, że katują tu jego krewnych i braci.

7/8. Nieco spokojniejszy podaje, że już od 5 — 6 tygodni opanowało go jakieś dziwne uczucie trwogi i bojaźni. Zgadza się z bratem, że zbyt częste czytanie strasznych romansów stało się może przyczyną tych uczuć nienormalnych, że przez to „przewróciło mu się w głowie“. Na ulicy spostrzegał, że przechodzący ludzie obcy jakoś uważnie mu się przypatrywali a nawet mrugali oczami *). Chory podaje, że rodzice jego już oddawna umarli, on sam chodził do szkół aż do 13go roku życia, uczył się miernie. Z Węgier przybywszy do Wiednia, zmieniał on często zatrudnienie i nie był skłonny do pracy; pracował u krawca, uczył się u zegarmistrza; nie był zadowolony z zajęcia, bo i w niedzielę pracować musiał. Od 5ciu lat służy u kupca. Często bardzo miewał przed kilkoma laty ból głowy, w ostatnim czasie spostrzegł, że pamięć mu się zmniejsza; niepracował wcale; bardzo go to dręczyło, był przez to nieszczęśliwym; najbardziéj go bolało, że brat nazwał go próżniakiem.

9/8. Chory jest spokojny; czasem ogarnia go znowu bojaźń.

27/8. Nie śpi; chodzi w nocy jakby sennowłok; bardzo niespokojny; nie chce ani jeść, ani zażywać leków; nic mu nie smakuje.

2/9. Jęczy: „jestem zgubiony; co mi uczyniono!“ i t. p.

*) U chorych na umyśle nader często spotykamy się z tem zjawiskiem, szczególnie w wielkich miastach; skoro dwie osoby pocichu między sobą mówią, a jedna z nich patrzy się na chorego, chory sądzi, że to pewnie o nim mowa; sądzi, że np. ktoś splunął z pogardy dla niego. Meynert mniema, że to ostatnie podanie dla tegoszczególnie często w zimie słyszymy, ponieważ w ogóle ludzie w zimnéj porze częściéj odpluwają; w wielkiém mieście, w ulicach przeludnionych bardzo często gniewają się tacy chorzy na obcych przechodzących, nie chcących im ustąpić, sądząc, że to czynią umyślnie i t. p.

4/9. Spokojny, nic nie mówi, na pytania nie odpowiada, zdaje się być całkiem zajęty swemi omamami; nie chce ani jeść, ani pić; zaczęto go karmić za pomocą strzykawek wielkich, napełnionych zupą gęstą z jajami i dodatkiem wina; mięszaninę tę wlewano do odbytnicy; chorego pielęgnowano w odpowiedni sposób; gdy się opierał znieczulano go chloroformem.

15/9. Chory siedzi wciąż w łóżku, zakrywając twarz rękoma, skurczony, z zamkniętemi oczami i zatykając uszy palcami. Zachowanie się to chorego, które prawie bez ustanku trwało przez 7 tygodni (ócz chory prawie całkiem w ciągu 3 miesięcy nie otwierał), tłumaczy Meynert jako skutek najwyższego stopnia bojaźni; będąc bardzo wysokiego wzrostu, przytém dosyć chudym i chcąc być odosobnionym od ludzi i przedmiotów otaczających go, zwinął się chory jak jeż i zakrywszy się kołdrą, okazywał najmniejszą powierzchnię, postać kulistą. Nadczułości skóry w tym przypadku nie można było przypuścić, gdyż chory na dotyk wcale nie, a na kłócie igłą tak oddziaływał, jak każden człowiek; choć później mówił, że go światło raziło, to jednakże nadczułość ta raczéj była skutkiem, a nie przyczyną zamykania oczu; owego kurczu mięśnia okręgowego oczodołu i powiek *(Blepharospasmus)*, który będąc zjawiskiem odruchowym i nie zależąc od woli, najczęściéj towarzyszy światłowstrętowi, u naszego chorego w samym ciągu choroby nie było; trzymał on powieki zwolna zamknięte, a pod kołdrą na wpół otwarte; mięsień okręgowy zaczynał dopiero działać, gdy próbowano otwierać mu oczy. Zamykał więc oczy według woli i pod wpływem bojaźni. Chory nic jeszcze nie mówi, nie daje odpowiedzi. Zaczyna jeść, ale nie wtenczas gdy o zwyczajnym czasie podawają jedzenie, lecz później, gdy nikogo nie ma w pokoju, prędko spożera jedzenie, jak to często właśnie u melancholików spostrzegamy, którzy myśląc zawsze, że nie zasłużyli na to, aby ich karmiono, nic nie jedzą w obec ludzi obcych a zmorzeni głodem, jedzą niekiedy w nieobecności ludzi otaczających. Podczas jedzenia zamyka pacyjent jedno ucho.

10/10. Nie chcąc opuścić łóżka zaczyna się chory zanieczyszczać; kał i mocz oddaje pod siebie.

16/10. Często wychodzi z łóżka i jak lunatyk z zamkniętemi na wpół oczyma błądzi od łóżka do łóżka, wszędzie macając po ścianie i innych przedmiotach palcami.

25/10. Znowu się chowa w łóżku zgięty, zamknąwszy oczy i zatkawszy uszy; chowa i głowę pod kołdrę; niechce zmienić zanieczyszczonéj koszuli i pozostaje nagim.

6/11. Omamy cokolwiek się zmniejszyły. Chory wstaje z łóżka i zaczyna przechadzać się, nie zatykając uszu, jednakże z zamkniętemi oczami.

25/11. Zamiast w łóżku leżeć lub przechadzać się, chory, który sobie uroił, że wyjdzie z kliniki, ciągle stoi przy drzwiach, tak że po kilku dniach opuchły mu nogi, skoro go położono do łóżka zerwał się i znowu stawał przy drzwiach dniem i nocą. (Prof. Meynert trzymając się ściśle bezprzymusowe gosposobu obchodzenia się z chorymi wyjątkowo tylko każe ich do łóżka pasami lub za pomocą ręczników przymocować, a mianowicie: 1) jeżeli chory ma rany, ropiejące wrzody, ropień lub inne miejscowe sprawy, które przy ciągłém obrażaniu części chorych coraz bardziéj się pogarszają i stają się niebezpiecznemi dla życia, 2) skoro szaleniec lub epileptyk sam sobie lub innym zaszkodzić może i to przy braku komórki odosobniającéj.)

5 grudnia. Chory znacznie się uspokoił; leży i chodzi ubrany, jak inni chorzy; otwiera oczy, które będąc przez tyle miesięcy zamknięte, cokolwiek były zaczerwienione i okazały zmiany, jak w nieżycie przewlekłym. Chory napisał dość dobrze stylizowany list do swego wuja, prosząc go, aby mógł opuścić szpital i znaleść u niego schronienie i zajęcie.

10 grudnia znajduje się pomiędzy spokojnymi chorymi i wyzdrowieńcami.

31 grudnia. Chory robi wrażenie prawie całkiem zdrowego; odpowiada jak się należy; w obchodzeniu się z nim żadnéj nieprawidłowości nie można było poznać; pamięć, zdaje się, zachował. Opowiada, że skończył 2 klasy realne, że wprawdzie do pilniejszych nie należał, lecz uczył się z łatwością. Napojów wyskokowych nie nadużywał. Na 14 dni przed wstąpieniem do szpitala zdawało mu się, że obcy ludzie na ulicy jakoś dziwnie i uważnie się w niego wpatrują, jak gdyby w twarzy jego jakąś szczególną można było wyczytać zmianę. Ludzie znajomi nawet całkiem inaczéj się z nim obchodzili. Zdawało mu się, że nawet całkiem obcy ludzie, np. na ulicy, w kawiarni, wciąż o nim między sobą mówili; chory widział wprawdzie, że ci ludzie patrzali się na niego i mówili po cichu, zrozumieć ich mowy jednak nie mógł; słowa były dla niego jakoś niewyraźne. Razu jednego, gdy on w roku 1875 u wuja pracował, musiał był stanąć przed sądem jako świadek w pewnéj sprawie karnéj i złożyć przysięgę; po niejakiem czasie jednak przyszła mu myśl do głowy, że wtenczas nieprawdę przed sądem wypowiedział i wspomnienie to przez długi czas nieustannie go dręczyło; rzeczywiście nie był pewny, czy prawdę lub też nieprawdę wypowiedział. We Wiedniu będąc sądził nietylko, że o nim obcy ludzie między sobą mówią, ale że o nim w gazetach piszą; czytywał artykuły kryminalne o krzywoprzysięstwie; bał się, aby jego nie ukarano w ten sam sposób jak innych, o których była mowa w gazetach. Przed 2ma laty — jak to sam opowiada — miał on utaić przed wujem jakąś bagatelkę i choć nikt mu zarzutów nie czynił, choć o tém nikt nie wiedział, jednak sam sobie najwięcéj miał do zarzucenia; był niespokojny, bał się, że uczynek ten na jaw wyjdzie, że znaczną otrzyma karę; zdawało mu się później, że więcéj ukradł był rzeczy, a że o tém nie powiedział, więc tém bardziéj zasługuje na karę i to na powieszenie. Przez niejaki czas przemyśliwał on nad tém, jakby sobie życie odebrać. Gdy sam się na policyi przedstawił, miał ktoś powiedzieć, że jemu coś w głowie się przewróciło. Odtąd wciąż o nim ludzie gadali, tak że nigdzie nie mógł znaleść spokoju. W klinice bojaźń coraz bardziéj się wzmagała. Nie chciał zażywać leków, a później nawet i potraw nie chciał jadać sądząc, że że go chcą otruć. Bał się wszystkich ludzi; dla tego téż z nikim nie mówił; uważał chorych, posługaczy i lekarzy jako swych nieprzyjaciół. Zdawało mu się, jakoby widywał postacie nadludzkie, nie wyraźnie odbijające się na ścianie jakby cień. Dzień i noc dręczyły go krzyki, wrzaski, płacz i jęki, jakby kogoś bito, katowano. Przypomniał sobie wtedy straszliwe opowiadania o inkwizycyi. Strach coraz bardziéj go ogarniał. Sądził, że lepiéj byłoby, jeśliby nie słyszał, co obok niego się dzieje i dlatego zatykał sobie uszy. Wreszcie słyszał nawet groźby, że pójdzie do piekła, że z niego będzie djabeł. Później gdy już nie widział strasznych obrazów i nie słyszał gróźb i jęków, zdawało mu się, że sam jest bardzo brzydki, nikczemny, do djabła podobny, podczas gdy ludzie otaczający byli miłymi, wielkimi i bogatymi, i tak np. zapewniał, że słyszał następcę tronu rozmawiającego w klinice, (były to zapewne złudzenia lub iluzyje, częste u melancholików, a powstające niekiedy na podstawie urojeń); zdawało

mu się raz, że widzi w klinice samego cesarza. Później uważał niekiedy posługaczy za swych krewnych. Już przed paru laty różne nachodziły go myśli, np. że go prześladują, że zginie, że pójdzie do piekła, że do czarta jest podobnym, że go wszyscy nienawidzą; dlatego też był on niedowierzającym, bojaźliwym, nieufnym.

3go stycznia 1878 wyszedł chory jako całkiem uleczony. W ostatnim czasie dowiedzieliśmy się, że całkiem zdrowym jest ciągle, że pilnie pracuje i zadowolony jest ze swego stanowiska.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Nowsze zdobycze w sprawie sztucznego karmienia noworodków.

Podał Dr. **Stanisław Bulikowski** we Lwowie.

(Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w d. 2 listopada 1878 r.)

Już po raz wtóry mam zaszczyt zabierać na tym miejscu głos w sprawie sztucznego karmienia noworodków. W r. 1870 przywiozłem Wam byl, szan. koledzy, z Wiednia zupę słodową Liebiga, która wtenczas była nowością i której zaczynano używać na wielką skalę w szpitaliku św. Anny (ob. Przegląd Lekarski). Jednakowoż już wtenczas wiadomą było powszechnie rzeczą, że ona mleka matki niezastąpi, szczególniéj w pierwszych miesiącach życia. Własne doświadczenie nauczyło mnie później tyle, że niektóre zalety zupy Liebiga podnoszone przez prof. Widerhofera uważam dziś za przesadne; albowiem używałem tego środka z całą starannością i wytrwałością w kilkunastu przypadkach czerwonki, niedoczekawszy się wcale obiecywanego powodzenia. Dodawszy do tego trudność przyrządzania i inne zachody, które publiczności wydają się zbyt kłopotliwemi, to opinia, jaką dziś mam o zupie Liebiga, daje się streścić łatwo w tych czterech słowach: „Wiele zachodu, mało korzyści". Od tego czasu niewiele się zmieniło, chociaż przybyły rzeczy nowe i bardzo ciekawe. Mam tu przedewszystkiém na myśli prace Biederta i Fleischmanna. Zamierzam podać Wam szan. koledzy dzisiaj w streszczeniu to, co w nich znalazłem ważnego, dołączając skąpo kilka uwag własnych.

Tak jak dziś rzeczy stoją, punktem wyjścia w sprawie sztucznego karmienia jest mleko krowie. Od niego zacząć musimy. Porównywając je z mlekiem niewieściém łatwo przyjdziemy do przekonania, iż różnice pomiędzy obu mlekami są kolosalne. I tak:

1) Różnicę znajdziemy już w samém oddziaływaniu chemiczném. Jest rzeczą pewną, że mleko krowie w porze, w której krowy pozostają w zamknięciu, oddziaływa niekiedy już podczas dojenia kwaśno, a co najwięcéj neutralnie. Tylko krowy pochodzące z ras najwytworniejszych i to wyłącznie w czasie karmienia ich paszą świeżą, najlepszą, dają mleko oddziaływające słabo alkalicznie. U nas przeto, gdzie ras wytwornych nikt prawie nie trzyma, gdzie powtóre bydło przez $^3/_4$ roku w stajniach trzymaném i suchą paszą karmionem być musi, gdzie nakoniec letnie pastwiska nasze są przeważnie kwaśne, najczęściéj nawet świeżo wydojone mléko oddziaływa kwaśno. Natomiast mleko kobiece zawsze oddziaływa alkalicznie, i tu już pierwsza ważna różnica.

2) Drugą z kolei różnicą jest ta, że przy zwykłéj manipulacyi z mlekiem krowiém nie możemy odciąć od niego przystępu powietrza. Skutek tego bywa taki, że w krótkim czasie po wydojeniu zwłaszcza w porze roku gorącéj cukier mlekowy przetwarza się na kwas mlekowy, który to ostatni zły wywiera wpływ na słabe jeszcze trawienie noworodka. Przeciwnie mleko niewieście nie pozostaje tak długo w zetknięciu z powietrzem, gdyż bezpośrednio z piersi dostaje się do przewodu pokarmowego oseska.

3) Najnowszy rozbiór ilościowy Gerbera w Thunie wykazał następujące różnice między mlekiém krowiem a kobiecém:

w mleku	kobiecém	krowiém	
Istót białkowatych	19·5	37·0	na 1000 części.
Cukru	66·4	49·3	
Masła	35·9	45·1	
Soli	2·2	0·1	

Mleko krowie posiada przeto większą ilość istót białkowatych i tłuszczu, mniéj zaś cukru i soli. Różnica ta jest nadzwyczaj ważną, lecz nie ostatnią.

4) Następnie przekonamy się, że nietyle znaczy różnica co do ilości kazeiny, ile różnica jakościowa zachodząca między serem krowim a kobiecym. Dość popatrzyć na stolce dzieci karmionych mlekiem krowiém i porównać je ze stolcami dzieci karmionych piersią. Pierwsze mają barwę bladą, są suche, ilość żółci bowiem niewystarcza do zabarwienia tak znacznéj ilości tłuszczu i sera.

5) Jeszcze wybitniéj występuje różnica przy badaniu chemiczném za pomocą ługu sodowego. Stolce dzieci będących przy piersi rozpuszczają się w ługu gorącym całkowicie, gdy stolce dzieci karmionych krowiém mlekiem prawie żadnéj niedoznają zmiany.

6) Inna próba: Jeżeli do mleka niewieściego dodamy kilka kropli kwasu octowego albo soku żołądkowego, niepostrzegamy wtedy żadnego wybitniejszego procesu, albowiem osadzanie się sera odbywa się bardzo powoli, nieznacznie. Ale tażsama manipulacyja powtórzona na mleku krowiém sprawia natychmiast burzliwy w oczy bijący proces, gdyż ser zaraz oddzielać się zaczyna w bryłach wielkich, zbitych.

Niedość przeto przez rozcieńczenie mleka krowiego uczynić je do niewieściego podobném, trzebaby jeszcze znaleść sposób, któryby zmienił własności chemiczne sera krowiego, czyniąc go do niewieściego podobniejszym. Oto węzeł, którego rozwiązanie więcéjby dla ludzkości przyniosło korzyści, niż owego starożytnego gordyjskiego. Widzimy, że pomiędzy serem niewieścim a krowim istnieje cały szereg różnic nietylko fizycznych ale i chemicznych. Różnica ta jest tak znaczną, że niektórzy lekarze, mianowicie Dr. Biedert, po licznych próbach w końcu doszli do przekonania, że mleko krowie dopiero wtedy staje się łatwém do strawienia dla noworodka, jeżeli procent kazeiny zredukujemy w niém do jednostki. Teraz posłuchajmy co mówi dzisiaj teoryja trawienia:

Najnowsze badania istót białkowatych przeprowadzone przez Kühnego utwierdziły w nim przekonanie, że istoty białkowate po zetknięciu z pepsynem albo z kwasami etc. rozdzielają się na 2 grupy istót białkowatych, z których jedna zupełnie nieprzydatną się staje dla ustroju, niepodpadając dalszemu procesowi trawienia, podczas gdy druga grupa rozpuszcza się w sokach krwi i dopełnia obowiązku odżywiania. Według Kühnego białko po zetknięciu z pepsynem rozdziela się na antialbumin i antipepton, tworzące 1szą grupę i na hemialbumin, hemipepton (z których potém powstaje

leucyna, tyrozyna etc.) należące do 2éj grupy. Nie cała przeto ilość białka wprowadzonego do żołądka zamienia się na peptony rozpuszczalne, ale jedna tylko część jego tj. grupa oznaczona przez początkowe Hemi. Grupa oznaczona przez anti (grupa 1) wcale nie podlega procesowi trawienia i w stanie niezmienionym opuszcza organizm.

Wypada z powyższego, że każda istota białkowata tém łatwiejszą jest do strawienia, im więcéj zawiera hemialbuminy i na odwrót. Stosując teraz prawidło Kühnego do sernika przypuścić musimy, że ser niewieści więcéj zawiera hemialbuminy od sera krowiego i dlatego pierwszy łatwym, drugi zaś trudniejszym jest do strawienia. Łatwém przeto jest teraz do pojęcia, dla czego tak znaczna część sera krowiego w stanie niezmienionym organizm opuszcza, byłby to ów antialbumin. Łatwém daléj jest do wytłumaczenia fakt stwierdzony przez Simona, jako nawet w stolcach najzupełniéj prawidłowych i to w stolcach noworodków karmionych piersią zawsze jeszcze pewna część sera (18%) w stanie niestrawionym się znajduje, byłby to znowu ów antialbumin Kühnego.

I rzeczywiście znamy doświadczenie utrwalające twierdzenia Kühnego: Napełniwszy butelkę mlekiem skłóconém na pół z eterem i pozostawiając w miejscu spokojném, znajdziemy je po kilku dniach rozdzielone na trzy warstwy: pierwszą przeźroczystą, drugą brudno-białawą, a nakoniec trzecią znów przeźroczystą. Badając bliżéj warstwy wymienione widzimy, że pierwsza jest warstwą eteru, druga serem, trzecia zaś posiada chemiczne własności peptonów, gdyż po dolaniu ługu potasowego i roztworu siarkanu miedzi przybiera barwę czerwonego wina. Byłaby to warstwa hemialbuminy Kühnego.

Widzimy z tego, że kazeina nie jest istotą białkowatą prostą, jak to dawniéj utrzymywano, ale istotą złożoną. Ponieważ sernik szczery w obu gatunkach mleka zawarty zachowuje się względem odczynników chemicznych zupełnie jednakowo, różnica przeto między serem krowim a niewieścim polega wyłącznie na niejednakowym stosunku hemialbuminy i antialbuminy w nim zawartéj. Ztąd pochodzi, że po dolaniu eteru w mleku kobiecém tworząca się warstwa najniższa jest grubą, przeciwnie w mleku krowiém bardzo cienką, prawie niewidoczną.

Zastanówmy się teraz, w jaki sposób istoty białkowate trawionemi bywają: Dzisiejsza teoryja dowodzi, że tylko ta część białka, która dostaje się do krwi w stanie niezmienionym, tj. białko rozpuszczalne, służy do budowy tkanin; reszta zaś, tj. nierozpuszczalne, wessaną zostaje w postaci peptonu, służąc wyłącznie do wymiany soków. Hołdując teoryi téj, niewiemy na co właściwie przyda się tak znaczna ilość białka nierozpuszczalnego, które przy każdym prawie obiedzie spożywamy, jeżeli ona podpadać ma zupełnemu zużyciu. I dla tego wydaje się nam powyższa teoryja niedobrą. Uważamy za rzecz nieprawdopodobną, by białko nierozpuszczalne wyłączonem być miało z udziału w budowie tkanin ciała, a zwolenników zacytowanéj teoryi zapytujemy, w jaki sposób wytłumaczą nam szybki wzrost noworodka żywionego wyłącznie białkiem nierozpuszczalném, tj. kazeiną?

Pewniejsze daleko światło na ciemną sprawę trawienia białka zawdzięczamy dopiero najnowszym pracom Adamkiewicza. Wykazuje on, że peptony różnią się w dwojaki sposób od białka: *a)* brakiem soli i *b)* brakiem budowy molekularnéj. Trawienie przeto białka ma dwa zadania do pokonania: 1) uwolnić je od soli, przysposabiając tem samém do procesu fermentacyi, 2) a powtóre zniszczyć molekularną budowę tegoż. Pierwszą trudność pokonywa kw. solny znajdujący się w soku żołądkowym, drugą zaś fermenty czyli zaczyny. Fermentacyja tak dalece zmienia własności istót białkowatych, że stają się w wyższéj ciepłocie rozpuszczalnemi, w niższéj zaś krzepną. Do fermentów należy np. sok trzustkowy. W ten sposób powstałe peptony rozdzielają się następnie, tworząc leucynę, tyrozynę etc.

Do ważniejszych jeszcze wyjaśnień doprowadziły prace Adamkiewicza. Z nich bowiem wynika wbrew opinii poprzednio istniejącéj, że peptony służą także do budowy komórek, tak samo jak białko rozpuszczalne. Adamkiewicz dowodzi, że peptony, a przynajmniéj pewna ich część, dostawszy się do krwi, znowu przemienia się w białko, co dzieje się raz przez przywrócenie im soli w żołądku utraconych, powtóre przez skupianie się molekułów rozproszonych przez pracę żołądkową. Peptonizacyja przeto miałaby cel łatwo zrozumiały; tj. przygotowanie, przyprawienienie, zrobienie białka łatwiejszém do wessania, a powtóre ułatwienie nasiąkania i rozdzielania go po tkaninach ciała.

Przychodzimy teraz do wniosków praktycznych. Czy i jakim sposobem mleko krowie można uczynić łatwiejszém do trawienia?

Co do oddziaływania kwaśnego, łatwo je zmienić przez dodawanie alkaliów, np. Bicarb. Sodae, Aq. Calcis, Kalium Carbon., Lapides cancror., sproszkowanéj kredy etc. Zbyt wielkiéj ilości tłuszczu znajdującego się w mleku krowiém zapobiega rozcieńczenie wodą. Wiadomo, że nawet przy karmieniu piersią nie cała ilość tłuszczu zmydleniu podpada, znaczna bowiem część tegoż (52% według Simona) odchodzi ze stolcami w stanie niezmienionym. Fakt ten łatwo wytłumaczy każdy, kto wie, że w pierwszych trzech miesiącach życia gruczoł trzustkowy mało bierze udziału w procesie trawienia; kto wie powtóre, że sok żołądkowy niewiele ma wpływu na tłuszcze. Ze stanowiska teoretycznego przeto niedorzecznem byłoby używanie ukropków, czyli zastępowanie mleka śmietanką, jak to bardzo powszechnie jest używaném. A jednakowoż rzecz ta brana ze stanowiska praktycznego okaże się nie tak bardzo niedorzeczną, jak to zobaczymy daléj, mówiąc o mięszance śmietankowéj Biederta. Może być bardzo, że nadmiar tłuszczu odgrywa tu tę samą rolę, jaką odgrywają środki czyszczące w niestrawności u dorosłych, np. Oleum Ricini.

Z kolei mamy zapobiedz zbyt małemu procentowi cukru w mleku krowiém. Rodzaj cukru, który w tym celu dodawanym bywa, uważa wielu lekarzy za rzecz wcale ważną, zarzucając cukrowi mlekowemu skłonność przemiany na kw. mlekowy. Niebędziemy się o to sprzeczać; przypominamy tylko, że dodawanie cukru potrzebném jest jako pokarmu oddechowego, nie zaś dla dogodzenia smakowi.

Przystępujemy teraz do części najważniejszéj, tj. do przypraw mleka, których celem jest uczynić je łatwiejszém do trawienia. Jakkolwiek nieposiadamy środków ku zmienieniu własności chemicznych sera krowiego wprost, to jednak mamy niektóre sposoby które czynią go pokarmem mniéj ciężkim. Takich sposobów jest 4 mianowicie: *a)* domieszka alkaliów, *b)* rozcieńczenie mleka kleikami, *c)* dodawanie kw. solnego, *d)* domieszka innych istót, jakoto: odwaru żołędzi, kakao etc.

Co do pierwszego. Oprócz znanego nam już celu wysycenia kwasów, dodawanie alkaliów pociąga za sobą ten jeszcze ważny pożytek, że zapobiega szybkiemu zsiadaniu mleka i tworzeniu zbitych brył sera, których praca żołądko-

wa rozrobić i rozdrobnić niezdola. Wprawdzie nie jesteśmy w stanie zapobiedz zsiadaniu w zupełności, ale przynajmniéj proces ten opóźniamy, czynimy go gnuśniejszym. Niektórzy w powyższym celu mianowicie podczas biegunek mięszają mleko krowie z wodą karlsbadzką, inni, np. Anglicy, z wodą wapienną.

Co do drugiego. Nierównie ważniejszém jest mięszanie mleka z płynami kleistemi. Korzyść jaką osiągamy jest czysto mechaniczna: kleiki bowiem sprawiają, że bryłki strąconego sera rozdzielają się jednostajnie, niemogąc zbić się w jedną masę, słowem tworzy się rodzaj zawiesiny. Obojętną jest dosyć rzeczą, jaki kleik wybieramy: liposok arabski, kleik jęczmienny, gelatynę, ichtyjokollę, kleik z ryżu, kukurydzy etc. Każda okolica i każdy lekarz dają jednemu z nich pierwszeństwo. I tak: w Wiedniu najwięcéj używają salepu i ryżu, Francuzi szczególniejszą mają predylekcyję do gelatyny, inni do gumy arab. lub arowrootu. Z tych wszystkich guma arab. jest jeszcze najgorszą, albowiem w porze gorącéj łatwo kwaśnieje. Ponieważ niektóre z zacytowanych istót dosyć są drogiemi (np. Ichthyocolla), przeto w praktyce między ubogimi zastąpić je należy kaszą jęczmienną, krupami, ryżem etc. Zwyczaj moczenia ziarn przed gotowaniem jest bardzo uzasadnionym, w ten bowiem sposób część skrobi zamienia się na dekstrynę łatwo rozpuszczalną.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O przewłocznėm zapaleniu płuc podług Charcota. Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

W ciągu zeszłego roku wykładał Charcot w paryzskiéj szkole lekarskiéj o chorobach płuc; kilka odczytów tego genijalnego patologa streścił Dr. Balzer i z jego to pracy korzystam, dzieląc się z czytelnikami Przeglądu szczupłym wyciągiem, z którego wprawdzie nie wiele nauczyć się można nowych rzeczy, ale przecież te pomięszane pojęcia o przewłocznėm zapaleniu płuc, które zwykliśmy chrzcić nazwami: *pneumonia chronica, pneumonia interstitialis, phthisis fibroides, cirrhosis pulmonum* itd., ustąpić muszą ściślejszemu określeniu przed loicznością rozumowania, bystrością spostrzegania i sumiennością badania Charcota. Badacz francuski zachowuje jedną nazwę rodzajową: przewłoczne zapalenie płuc *(pneumonia chronica)*, a względnie do miejsca wyjścia dzieli przewlekłe zapalenie płuc na trzy pierwowzory patologiczne, dając im nazwy gatunkowe: przewłoczne zrazowe zapalenie płuc *(pneumonia lobaris chronica)*, kiedy sprawa zapalna odrazu umiejscowia się w pęcherzykach płucnych; *bronchopneumonia chronica* (przewłoczne zrazikowe zapalenie płuc), jeśli zapalenie udziela się pęcherzykom płucnym z najdrobniejszych rozgałęzień oskrzeli i przewłoczne odopłucnowe zapalenie płuc, *(pneumonia chronica pleurogena)*, jeśli pierwotną siedzibą zapalenia była opłucna.

Streszczenie obecne tyczyć się będzie tylko tych trzech podziałów przewlocznego zapalenia płuc, gdyż *pneumokoniosis*, która przyczynowo tylko różni się od zrazikowego zapalenia płuc zwyczajnego, umyślnie zostanie pominiętą.

I. O przewłocznėm zrazowém zapaleniu płuc.

Zasadniczą sprawą cechującą okres rezolucyjny ostrego zrazowego zapalenia płuc jest śluzowo-tłuszczowo-ropne przeistoczenie wytworów zapalnych; cała zawartość pęcherzyka płucnego (włóknik, białe ciałka krwi, złuszczony przybłonek) ulega temu przeobrażeniu, którego ostatecznym wyrazem jest sformowanie się płynu śluzowego, zawierającego ciałka tłuszczu i ropy, i zostającego bądź wessanym bądź wykrztuszonym, poczém wszystko wraca do prawidłowego stanu, gdyż ostra sprawa zapalna z przebiegiem typowym nie pozostawia żadnych zmian anatomicznych w ściankach pęcherzyków. Lecz istnieją niezupełnie wytłumaczone okoliczności, przy których wyżéj skreślone przeistoczenie wytworów zapalnych nie ma miejsca, i rezolucyja zwykle następująca w regularnych okresach staje się powolną; pomimo opadnięcia ciepłoty objawy fizyczne nieustępują, a stan chorego pozornie nie wiele zostawia do życzenia. Na 103 przypadków spostrzeganych zanotował Grisolle 66 razy rezolucyję powolną między 20 a 55 dniem. Fox również podaje na 26 przypadków 5 razy spóźnioną rezolucyję; Andral przytacza historyję chorego, u którego zupełna rezolucyja nastąpiła dopiero w końcu 4 miesiąca. O tego rodzaju spóźnionéj rezolucyi powiada Charcot, że sprawa ta nie należy do działu zapaleń przewłocznych, gdyż pomimo dłuższego przebywania wytworów zapalnych w łonie miąższu płucnego, istotne zapalenie w czasie téj przewłoki nie ma miejsca, i najczęściéj choć późno, wszystko wraca do stanu prawidłowego; lecz czasem i ta spóźniona rezolucyja nie następuje i obok znanych objawów fizycznych wytwarzają się zmiany anatomiczne w utkaniu płucném, a zapalenie ostre ustępuje miejsca zapaleniu międzykomórkowemu.

Długo niewierzono (Buhl, Jürgensen) w przeistoczenia się dławcowego zapalenia płuc w zapalenie przewłoczne międzykomórkowe, lecz prace Grisolla, Hardyego, Behiera i Charcota usuwają wszelkie wahanie się; klinicyści francuscy spostrzegali dwie kategoryje ostrych objawów zapalnych, prowadzących do przewłocznego zrazowego zapalenia płuc: *a)* po kilkodniowém trwaniu ostrego dławcowego zapalenia ciepłota obniża się do prawidłowéj, lecz objawy wypuku i wysłuchu nie ustępują i sprawa przewłoczna występuje, lub téż *b)* przewłoczne zapalenie rozwija się po kilkorazowym powrocie ostrego dławcowego zapalenia, każdorazowo umiejscowiającego się w tejże saméj części płuca.

Co do pierwszéj kategoryi dotyczącéj zapalenia przewłocznego, powstającego po ostrém jednorazowém zapaleniu płuca dławcowém, Charcot odrysowuje trzy obrazy anatomiczne, odpowiednie trzem okresom przewłocznego zapalenia płuca i dla lepszego uwydatnienia posługuje się przypadkami kazuistycznemi:

a) pierwszy obraz przedstawiało płuco 75-letniéj kobiety, spostrzeganéj w Salpêtrière, zmarłéj 35 dnia po wybuchu ostrego dławcowego zapalenia płuca; ósmego dnia ciepłota spadła do stopnia niżéj prawidłowego, lecz objawy fizyczne zapalenia utrzymywały się; po kilku dniach ciepłota powtórnie podniosła się, sensoryjum uległo zajęciu, a odleżyny przyspieszyły zgon. Badanie pośmiertne wykazało pierwszy okres międzykomórkowego zapalenia płuc, a mianowicie: zlykowacenie czerwone. Komórki były wypełnione istotą śluzową, zmięszaną z białemi ciałkami krwi, złuszczonym przybłonkiem, i wolnemi kulkami tłuszczu; przegródki międzykomórkowe procz zgrubienia nie ulegały głębszym zmianom anatomicznym. Charcot sądzi, że w tym przypadku nastąpiłoby zupełne wyleczenie, gdyby wiek choréj i schorzałość dozwoliły jéj dłuższego żywota.

b) Drugi obraz zmian anatomicznych, powstających w okresie przewlocznego podławcowego zapalenia płuca, dobrze jest skreślonym w dziele Grisolla, z którego Charcot zapożyczył się: po przebyciu zwyczajnego zrazowego zapalenia płuca i czując się już rekonwalescentką, naraz doznała chora Grisolla objawów gorączkowych, które zwiastowały sprawę chorobową, zakończoną po 2½ miesiącach śmiercią; i w tym przypadku sekcyja wykazała głównie czerwone złykowacenie płuca, lecz tu i owdzie wyraźne były pasemka szare, co razem daje obraz pośredni między złykowaceniem czerwoném a szarém, cechującém trzeci okres przewlocznego podławcowego zapalenia płuca.

c) Trzeci obraz, obraz szarego złykowacenia, przedstawiało płuco człowieka, u którego po przebyciu zwyczajnego dławcowego zapalenia objawy nacieku nie ustępowały: ciepłota, która po tygodniu trwania choroby była obniżyła się, naraz się wzmogła, gorączka przybrała cechę hektyczną i chory w końcu 4go miesiąca dokonał życia. Oględziny pośmiertne wykazały szare złykowacenie i zanik jednego płatu płuca; rozszerzenia oskrzeli i gruzełków nie było, opłucna w odpowiedniém miejscu bardzo zgrubiała.

A więc i badanie pośmiertne stwierdza, że istnieje przewloczne zapalenie płuc, które bezpośrednio występuje po ostréj dławcowéj sprawie, a dotychczasowe spostrzeżenia każą wnosić, że wiek starszy przeważnie usposabia do spraw tego rodzaju.

Druga kategoryja powstawania przewlocznego podławcowego zapalenia płuc polega, jak to już namieniłem, na kilkorazowéj powrotności ostréj sprawy zapalnéj w témże samém miejscu *(pneumonia lobaris recurrens)*, aż w końcu jeden z takich powrotów nie rezolwuje się i zapalenie przyjmuje cechę przewloczną. C. d. n.

Hughlings Jackson. **Przypadek przemijającego zupełnego porażenia połowiczego po napadzie padaczkowym.**

H. J. podaje przypadek kobiety lat 24 liczącéj, która bezpośrednio po silnym napadzie padaczkowym została dotkniętą zupełném porażeniem połowiczém, które trwając zaledwie kilka godzin w zupełności ustąpiło.

Sam fakt ten nadzwyczaj ciekawy rzuca światło na związek zachodzący między istotą korową zwojów mózgowych a unerwieniem ruchowém odnóg i jest jednym dowodem więcéj na poparcie prawdziwości twierdzenia, w najnowszych czasach z wielu stron (Ferrier, Charcot) wyrażonego, ż zniszczenie lub upośledzenie pewnych punktów istoty korowéj zwojów mózgowych może wywołać nie tylko zaburzenie w koordynacyi ruchów mięśniowych odnośnych, lecz sprowadzić nawet zupełne tychże porażenie.

Golz wykazał, że po zniszczeniu pewnych ograniczonych miejsc zwojów mózgowych u psów zwierzęta te stają się niezdolne do wykonywania pewnych ruchów świadomych, samowolnych, jak np. będąc wyuczone podawać na żądanie łapkę, nie mogą tego uskutecznić, chociaż zachowują w zupełności ruchy mięśniowe odnóg. W ten sposób utraciły one tylko koordynacyję ruchu mięśniowego zawisłego od woli.

Piękne doświadczenia Ferriera wykazały, że nadwerężenie ograniczonych miejsc istoty korowéj u małp pociąga za sobą trwałą utratę pewnych ruchów.

Nadto chorzy dotknięci afazyją prawie nigdy nie są w stanie wystawić na żądanie lekarza język, gdy takowego doskonale używają instyktowo, gdy np. chodzi o oddalenie jakiego ciała obcego z warg itp.; cierpią zatém na upośledzenie koordynacyi ruchów języka, lecz nie na porażenie mięśniowe takowego.

Co więcéj Charcot, Lépine, Landouzy udowodnili przypadkami klinicznemi możebność powstania porażeń ograniczonych (monoplegii) po zmianach anatomicznych istoty szaréj zwojów mózgowych i mogli nawet w kilku przypadkach wykazać histologicznie zstępujący zanik włókien nerwowych od miejsca upośledzenia istoty korowéj, popierając tym sposobem doświadczenia Ferriera.

Te i tym podobne doświadczenia fizyjologiczno-patologiczne tudzież daty kliniczne zdają się stwierdzać, że w rzeczywistości nadwerężenie istoty korowéj zwojów mózgowych może prócz zmian w koordynacyi wywołać nawet zupełne porażenie mięśniowe.

Jak jednak wytłumaczyć wystąpienie przemijającego porażenia połowiczego zupełnego w następstwie napadu padaczkowego w przypadku H. Jacksona? Sądzi on na podstawie podanych doświadczeń, iż istota korowa zwojów mózgowych jest wprawdzie najwyższym ośrodkiem dla ruchów, lecz nadwerężenie tejże dlatego tylko zazwyczaj nie pociąga za sobą porażeń mięśniowych, że kompensacyja i możebność zastępstwa jest w istocie korowéj zwojów mózgowych doskonale rozwinięta; że są jednak pewne ograniczone miejsca tejże istoty, gdzie kompensacyja nie jest dostateczną i zniszczenie tych właśnie miejsc zdolne jest wywołać porażenie mięśniowe. Tę zaś okoliczność, że porażenie połowicze nastąpiło po napadzie padaczkowym i było tylko przemijające, tłumaczy autor przez przypuszczenie znużenia pewnéj części istoty korowéj zwojów, nie posiadającéj dostatecznéj kompensacyi. Tak jak siatkówka nuży się przez dłuższe drażnienie jéj światłem pewnéj barwy i w następstwie staje się chwilowo nieczułą na promienie téj barwy, tak znużenie pewnego miejsca istoty korowéj zwojów mózgowych nadmierną funkcyją tegoż wśród napadu padaczkowego, wywołuje chwilowe ustanie téj funkcyi, względnie jak w przypadku Jacksona, porażenie połowicze. *(The Lancet V. II, 17, 1878.)* *Dr. Stanisław Poniklo.*

Starcke: **O użyciu wodnika chloralu w enemach.**

Autor obawiając się morfinu, użył sam przeciw uporczywéj bezsenności wywołanéj przewlekłym nieżytem żołądka enem z 5% ogrzanego roczczynu wodnika chloralu za pomocą zwykłéj strzykawki cynowéj, z długą kanką, któréj koniec starał się przeprowadzić po nad zdziergacza odbytnicy. Przez 5 miesięcy użył prawie każdego wieczora 1 gramu chloralu, razem około 120 gramów, zawsze ze skutkiem bardzo zadowalającym i bez żadnych niemiłych następstw, które przy używaniu tego środka per os, tak często — i u autora również — się zdarzają. Przytém ustąpił nieżyt żołądka przy użyciu i innych odpowiednich środków w zupełności i autor zyskał o 30 funtówn a wadze, używając — co jest rzeczą nie mniéj ważną — w ostatnich czasach i mniejszéj ilości leku (0·50) z tym samym pomyślnym skutkiem, co — jak wiadomo — przy używaniu morfinu ma się zupełnie inaczéj, nie nabywszy téż żadnéj zbytniéj skłonności do tego środka. Zalety tego sposobu używania chloralu tłumaczy autor w ten sposób, że lek ten nie zostaje wpierw rozłożonym, jak to w żołądku niewątpliwie się dzieje, zanim działanie jego się rozpocznie. *(Berlin. klin. Wochenschrift 33. 1878.)*

Dr. E. Kozłowski (Lwów).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XV. z dnia 23go października 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 26 i 2 gości.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący składa na ręce biblijotekarza dzieło przesłane Tow. przez autora kol. prof. Oettingera pod tytułem: „Rys dawnych dziejów wydziału lek. Uniw. Jagiellońskiego".

3) Kol. prof. Korczyński przedstawił w streszczeniu wyniki doświadczeń przedsiębranych z chlorkiem pilokarpinu w klinice lekarskiéj krakowskiéj pod jego kierunkiem przez Drd. med. p. H. Smoleńskiego. Praca ta okaże się w całości w następnym zeszycie Pamiętnika Tow. lek. warsz. Główną pobudką, dla któréj mimo licznych doświadczeń przez rozmaitych autorów dokonanych rozpoczęto doświadczenia z tym lekiem, była chęć porównania jego działania z działaniem jaborandy i chęć uzupełnienia sposobu tłumaczenia skutków fizyjologicznych już przed 3 laty przez Dra Sakowskiego podanych. Prelegent przechodzi nasamprzód objawy stale i główne, następnie objawy podrzędniejszego znaczenia a nakoniec objawy uboczne. Wpływ na narząd krążenia polega na rozszerzeniu naczyń tak na skórze, jakoteż na błonie śluzowéj jamy ust i na siatkówce, na przyspieszeniu tętna i na zwiotczeniu ścian tętnic, które przemawia za zmniejszeniem się parcia krwi ościennego. Uderzenie serca tylko niekiedy staje się silniejszém. Działanie naślinne leku jest stałém, pojawia się bardzo rychło, a ilość śliny zależy od osobniczego usposobienia i od dawki leku, tak dalece, że po zastósowaniu 0,01 gm. chlorku pilokarpinu ilość śliny wynosiła w przecięciu 115 gm., po użyciu podskórnem 0,02 gm. wynosiła w przecięciu 265 gm. Również stale pojawia się zwiększenie znakomite potu, które rozpoczyna się na twarzy i na klatce piersiowéj i rozciąga się w mniejszym lub większym stopniu na resztę ciała, a najmniéj na odnogi dolne. Pot pojawiał się rychléj po wstrzyknięciu w górną aniżeli w dolną część ciała. Ilość potu zawisła w części od indywidualności, w części od dawki leku, a przy użyciu 0,02 gm. chl. pil. wahała się między 275 a 590 gm. Działanie napotne przeważa znakomicie nad działaniem naślinném. Łzawienie zauważano prawie stale. Powiększenia wydzieliny błony śluzowéj nosa nie stwierdzono na pewne, być może, że takowa zwiększa się tylko pozornie w skutek spływania większéj ilości łez przez przewody nosołzowe. W kilku przypadkach powiększenie wydzieliny błony śluzowéj odetchów nie ulegało wątpliwości, w kilku przypadkach zauważano kaszel u osób, które nie okazywały żadnych zmian w narządzie oddechowym. Wpływ na ilość i ciężar gatunkowy moczu nie jest stałym: ciężar gatunkowy moczu nie wiele się zmienia, zaś ilość moczu maleje zazwyczaj przez kilka dni, ażeby potém chwilowo się powiększyć. Istniejącego białkomoczu pilokarpin nie powiększa. Często powstaje parcie na mocz połączone z paleniem w cewce moczowéj. Wpływ na ciepłotę ciała jest różny stósownie do okresu, i tak ciepłota w pierwszych chwilach działania leku się podnosi a następnie się obniża, podnoszenie się pierwotne nie należy jednak do objawów stałych i wynosi tylko 0,1 — 0,4° C., następowe opadanie jest stałém i wynosi od 0,2 — 1,2° C. Liczba oddechów tylko niekiedy się przyśpiesza. Wpływ na narząd wzrokowy przy wstrzykiwaniach podskórnych jest podrzędny i niestały; przy zastósowaniu miejscowém posiada pilokarpin zdolność zwężania źrenic mniejszą niż ezeryn. Z przypadów dodatkowych i ubocznych zauważono: 1) bardzo częste nudności, takowe jednak rzadko się potęgują do wymiotów, które nie są prostém następstwem połykania śliny, 2) raz jeden pragnienie, 3) w kilku przypadkach ból głowy, szum w uszach, zawrót głowy, znużenie i senność, 4) w jednym przypadku czkawkę i łkanie, 5) niekiedy uczucie zimna, kruczenie w brzuchu i parcie na stolec, 6) w 2 przyp. bicie serca. Zapadu, jak niemniéj arytmii serca nie zauważano i owszem u chorego jednego arytmia serca i tętna poprzednio istniejąca zmniejszyła się. Antagonistą pilokarpinu jako i jaborandy jest atropin, który użyty poprzednio sprawia, że działanie pilokarpinu nie występuje na jaw a zastosowany w chwili największego działania pilokarpinu, takowe w przeciągu krótkiego czasu zmniejsza lub zupełnie przerywa. Przypady uboczne po użyciu pilokarpinu ustępują lub zmniejszają się niekiedy po wziewaniu azotynu amylowego. Porównywając pilokarpin z Jaborandą przychodzi się do przekonania, że działanie obudwu leków pod wieloma względami jest podobne, że jednakże w pilokarpinie przeważa wpływ napotny, w jaborandzie wpływ naślinny, a nadto, że nieprzyjemne skutki uboczne są daleko częstsze i wyraźniejsze przy użyciu jaborandy. W tłumaczeniu objawów ze strony układu naczyniowego przyjąć należy jako punkt wyjścia obniżenie parcia ościennego krwi, które zmniejszając pobudliwość nerwów błędnych zgodnie z doświadczeniami Nawrockiego wywołuje przyspieszenie ruchów serca. Zwiększenie wydzielania potu odnieść należy do obwodowego działania tego leku na nerwy pośredniczące wydzielaniu się potu; zwiększenie wydzielania się śliny również do obwodowego wpływu na ślinianki (Langley, Nawrocki). O sposobie, w jaki przychodzi do skutku powiększenie wydzielania łez, nic pewnego powiedzieć nie można. Niektóre przypady uboczne, być może, że pochodzą od następowéj niedokrewności mózgu. Wskazania lecznicze wynikają z działania napotnego, mniéj z naślinnego i odnoszą się do puchlin rozmaitego rodzaju, wysięków zapalnych, do chorób przeziębnych i zapaleń stawów idiopatycznych, nieżytów oskrzelowych, morzyska ołownego i niektórych chorób ocznych. W doświadczeniach obecnych, które zresztą przedsiębrano więcéj w celu stwierdzenia skutków fizyjologicznych aniżeli leczniczych, widziano wyraźne skutki pomyślne, tylko w kilku przypadkach idijopatycznego zapalenia stawów, i tu jednakże skutek był mniéj wydatnym, aniżeli po użyciu kwasu salicylowego. Jedyném racyjonalném przeciwskazaniem jest znaczniejsze obniżenie parcia krwi ościennego w tętnicach, które właśnie najczęściéj napotykamy w stale nie kompensowanych wadach sercowych.

W dyskusyi kol. Obaliński ubolewa ze stanowiska lekarza praktycznego nad tém, że wszystkie dotychczasowe prace nad działaniem pilokarpinu traktują tę rzecz wyłącznie ze stanowiska fizyjologicznego, tak że chociaż od lat 3 słyszymy wciąż o pilokarpinie, dotąd z wyjątkiem okulistów, środek ten nie jest stósowany w praktyce. Jeżeli teoryja kol. Serkowskiego okazałaby się prawdziwą, to pilokarpin jako tak dzielny lek napotny powinienby być zadawanym w chorobach zaziębnych, mianowicie w ich wczesnym okresie, aby wydalić z ustroju owe zaczyny zaziębne, które według kol. Serkowskiego nagromadzają się w gruczołach potnych. Kol. Lutostański zwraca uwagę, że do dziś dnia nie ma określonych wskazań i przeciwwskazań co do użycia pilokarpinu, nadto nieznaną jest dotychczas dawka trująca tego środka. Kol. prof. Korczyński: Zarzuty kol. Obalińskiego są zupełnie słuszne, bo rzeczywiście przedstawienie działania fizyjologicznego nie może być bezpośredniém poleceniem tego leku w praktyce, ale dzisiaj, gdy farmakologija przestała być zbiorem przesądnych poleceń i opartą jest na doświadczeniach wykonywanych na zwierzętach i ludziach, potrzeba przedewszystkiém, chcąc polecić jakiś lek, przedstawić jego działanie fizyjologiczne i o ile nam stać było materyjału klinicznego, temu celowi odpowiedniego, staraliśmy się go wyzyskać. Znając dokładnie fizyjologiczne działanie leku uzyskujemy dopiero konieczną podstawę do pracy oceniającéj jego znaczenie terapeutyczne, a pożądaném by było, aby który z lekarzy szpitalnych, korzystając z bogatego materyjału, w kierunku praktycznym podjął doświadczenia z pilokarpinem. W odpowiedzi kol. Lutostańskiemu przyznaje, że wskazania nie są ściśle określone, jak to już wynika z tego długiego szeregu chorób, przeciw którym ten lek polecano, lecz istnieje jedno niezawodne przeciwwskazanie, mianowicie obniżenie parcia ościennego krwi, inne przypady nie są właściwe przeciwwskazaniem. Dawka trująca jest bardzo względną i w szerokich waha się granicach stósownie do ciężaru ciała i rodzaju zwierząt, u ludzi dawka trująca nie została stwierdzoną, nie było bowiem dotąd przypadku, aby się ktoś tym lekiem otruł. Kol. prof. Blumenstok: Okuliści znacznie się między sobą różnią co do użycia pilokarpinu i kol. Korczyński w swych doświadczeniach nad wpływem tego leku na zdziergacz tęczówki i mięsień akomodacyjny do innych doszedł rezultatów niż inni, którzy ten lek badali. I tak Koenigstein podaje, że zachodzi znaczna różnica między działaniem pilokarpinu na te dwa mięśnie, w miarę tego, czy się zapuszcza do worka spojówkowego kilka kropel rozczynu chlorku pilokarpinu czy też tenże wstrzykuje pod-

skórnie. Przy użyciu miejscowém powstaje wielki kurcz zdziergacza tęczówki, podczas kiedy kurcz mięśnia akomodacyjnego jest nieznaczny, przy użyciu podskórném naodwrót kurcz akomodacyjny jest znaczny a myosis tylko nieznaczna. Kol. Korczyński nie doszedł do tych samych rezultatów, pilokarpin działa zatém nadzwyczaj odmiennie czy miejscowo czy podskórnie użyty i w miarę preparatu; jest to więc środek, na którym okuliści polegać nie mogą, nadto nie zwęża tęczówki tak dalece jak ezeryn, który jak dotąd rzeczy stoją, jest najlepszym myotykiem.

4) Kol. Obtułowicz składając urząd sekretarza komisyi redakcyjnéj przemawia: Powołany zaufaniem kolegów na urząd sekretarza komisyi redakcyjnéj składam go dziś napowrót w wasze ręce, usiłowania moje i chęci były najlepsze, o ile wywiązałem się z mego zadania, sąd o tém do Was należy koledzy, co do mnie wyznać szczerze muszę, że chwile, jakie spędziłem w gronie Waszém, zaliczają się do najpiękniejszych mego życia; dlatego ustępując z Krakowa zapewniam Was, że pamięć o tych chwilach na zawsze mi drogą pozostanie. Kol. prof. Blumenstok imieniem komisyi redakcyjnéj dziękuje kol. Obtułowiczowi za znakomite usługi, jakie swém gorliwém urzędowaniem oddał towarzystwu. Kol. Domański żegnając kol. Obtułowicza w imieniu tow. lek., prosi aby i nadal zechciał swemi cennemi pracami organ towarzystwa zasilać.

5) Na wniosek kol. prof. Blumenstoka wybrano członkiem komisyi redakcyjnéj w miejsce kol. Obtułowicza kol. Rybczyńskiego.

6) Kol. prof. Janikowski zdaje sprawę z dotychczasowych czynności komisyi terminologicznéj. Komisyja ta odbyła w tym roku 48 posiedzeń, na których przeszła cały słownik Littrégo i Robina a obecnie obrabia słownik Skobla i Kremera. Praca około słownika tak już postąpiła, iż spodziewać się należy, że w m. kwietniu roku przyszłego ukończoną zostanie. W skutek odezwy prezesa tow. nadesłał komisyi kol. prof. Rydel wiele cennych uwag, również kol. Świerz ze Skawiny. Komisyja zwraca się także do innych kolegów z prośbą, ażeby każdy ze swego zakresu starał się pracę nad słownikiem uzupełniać.

7) Wybrano jednogłośnie Dra Żelazowskiego członkiem czynnym a Drów Strzeleckiego w Czerniowcach i Galusińskiego w Otyni członkami korespondentami.

8) Kol. Kadyj jako sprawozdawca komisyi wybranéj do uregulowania czynności komisyi sprawozdawczéj do roczników Hirscha i Virchowa wnosi projekt nowego regulaminu dla tejże komisyi, Po dłuższéj dyskusyi, w któréj wzięli udział koll. Obaliński, Blumenstok, Oettinger, Grabowski, Korczyński i sprawozdawca, uchwalono przesłać ten projekt komisyi sprawozdawczéj do załatwienia.

9) Wybrano do komisyi sprawozdawczéj do roczników Hirscha i Virchowa tych samych członków, którzy dotąd w skład jéj wchodzili. Komisyja może uzupełnić się przez przybranie nowych członków, o ile tego okaże się potrzeba.

Dr. Skórkowski.

V. Zakład leczniczy „Fürstenhof“ w Styryi górnéj.

przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Przepędziwszy dłuższy czas w zakładzie wodoleczniczym Dra Czerwińskiego pragnę zaznajomić kolegów z tym zakładem, który pod wieloma względami przewyższa wiele zakładów tego rodzaju tak pod względem porządku wewnętrznego, jakoteż sposobu zastósowania środków leczniczych. W opisie zakładu ograniczę się tylko do szczegółów najważniejszych, za to nieco obszerniéj zastanowię się nad używanemi tamże sposobami wodoleczniczemi.

Położenie. Najbliższą stacyją kolei południowéj jest Kapfenberg, położony w dolinie rzeki Mürzy. Tuż obok niego rozciąga się na zachód dolina Thoerli, w któréj znajduje się zakład Fürstenhof.

W téj dolinie istniały od dawna dwa folwarki: Steinerhof i Fürstenhof o miedzę sąsiadujące ze sobą. Obydwa leżą na lewym brzegu rzeki Thoerli na gruncie podniesionym łagodnie i zwróconym ku południu. Już oddawna poznano się na wartości klimatycznéj téj doliny. Co rok przybywali do Steinerhofu chorzy piersiowi, z czego folwark nabył w kraju niejakiéj sławy. Na jego gruntach wzniesiono później „zakład kąpieli igliwiowych;“ tu też Czerwiński założył w roku 1870 swój zakład, naprzód w budynku wynajętym od zakładu kąpieli igliwiowych w Steinerhofie. W trzy lata później kupił ten budynek na własność, rozszerzył go i urządził, w roku 1876 zaś przyłączył do nabytego na własność folwarku „Fürstenhof,“ od którego zakład bierze swoją nazwę.

Klimat i grunt. Dolina rzeki Thoerli leży na stokach południowych głównego łańcucha turni styryjskich, na wysokości przeszło 500 metrów (1600 stóp), otoczona do koła szczytami 1000 do 1500 metrów wysokiemi, bogato poszytemi lasem szpilkowym. Panuje tu cisza powietrzna niekiedy zaledwie przerwana powiewem bocznym, który z doliny Murzy wkrada się wrotami przy Kapfenbergu. Niemasz tu nigdy ni burzy, ni zawiei śniegowéj. Stosunki ciepłoty, wilgoci, ciśnienia i opadów powietrzni nie są ujęte w liczby, z którychby można było zestawić średnie; jednak zgodnie podają, że mróz dochodzi tu w zimie do 15° C., że wahania dziennéj ciepłoty w zimie są bardzo nieznaczne, podczas gdy w lecie są one wyraźniejsze. Jesień piękna trwa długo, wiosna poczyna się w marcu. Deszczów i śniegów niewiele. W sąsiedztwie nie ma gór pokrytych wiecznemi lodami i śniegiem. Grunt doliny spoczywa na wapieniu trzeciorzędnym, jądra gór okolicznych są gnejsowe. Woda zaskórna nie podlega znacznym wahaniom, grunt jest przepuszczalny, pochylony na południe, suchy. Na górach flora alpejska i lasy szpilkowe, dzika kozica jest tu zwierzyną pospolitą. W saméj dolinie roślinność bujna, drzewa liściowe w alejach, klombach, drzewa owocowe szlachetne w sadach; piękne kwiaty w ogrodach; drogi bite żwirem rzecznym w ogrodzie, w parku i na alpach sąsiednich. Wysokość, na któréj leży dolina Thoerli nie dosięga 700 metrów, a więc ciśnienie powietrzni nie jest tu stale zmniejszone. Wszelako zakład rozporządza spacerami na górach sąsiednich, które dosięgają 700 metrów i wyżéj. Można więc oddychać na górach powietrzem stale rzadszém i pod uciskiem powietrzni stale pomniejszonym, lub oddychać przy ucisku miernym w dolinie. Upostaciowienie gruntu pozwala i na spacery poziome w dolinie saméj, drogą do Kapfenberg i dalszą do Bruck lub w stronę przeciwną do Marein, Kindberg i na spacery ze wzniesieniem łagodném na stoku południowym najbliższych gór, i na spacery ze wzniesieniem pionowém, stromém po górach opodal doliny. Dodajmy do tego, że lasy świerkowe, jodłowe i modrzewiowe dostarczają powietrzu zwłaszcza w lecie aromatycznych wyziewów żywicznych podostatkiem, a będziemy mieć w głównym zarysie obraz czynników które wyzyskać można z korzyścią dla zdrowia chorych na płuca, którzy w zakładzie przebywają.

Wiadomo nam, jakie dziś panuje zdanie lekarskie co do wartości klimatu górskiego dla chorych piersiowych. Objawił je Thaon na Zjeździe międzynarodowym przyrodniczo-lekarskim, odbytym w Genewie w roku 1877; mianowicie, że suchoty płucne wszelkiéj postaci mogą być powstrzymane w klimacie alpejskim zarówno jak na wybrzeżach morza śródziemnego (*„Gazette des hôpitaux“* 1877, Nr. 131. „Przegląd Lekarski“ 1877.) Wiadomo jakiego rozgłosu używają

w tym względzie zakłady klimatyczno-hydryjatyczne w Davos, w Görbersdorf i w innych miejscowościach. Dolina śródalpejska Thoerli ze zakładem hydryjatycznym Cz: przedstawia nadto warunki poszczególne, których napróżno szukaliśmy w Davos lub w Görbersdorfie, mianowicie klimat nierównie łagodniejszy, postępowanie hydryjatyczne nierównie wyżéj rozwinięte, niż kąpiele opadowe w Davos i Görbersdorf.

Budynek zakładu. W sąsiedztwie wili Pessiak i zabudowań zakładu kąpieli igliwijowych, przy gościńcu wiodącym z Kapfenberg, stoi główny dom zakładu dwupiętrowy z parterowém przybudowaniem wysokiém i obszerném. W tym budynku znajdujemy urządzenie i podział pokoi, które mogą pomieścić naraz osób 80. Każdy chory otrzymuje osobny pokój, przeznaczony na sypialnię, na łazienkę i na umieszczenie toalety i garderoby. Dla potrzeb towarzyskich, dla rozrywki, znajduje wspólną salę jadalną, bilardową, czytelnię, kręgielnię. W odległości paru set kroków od budynku głównego stoi wilia folwarku Fürstenhof, obok niéj dom piętrowy zwany „leśniczówką" i niewielki budynek gospodarczy. Przy pomocy tych domów zakład może pomieścić w lecie osób 100. W zimie przyjmuje dotąd osób 50. Pokoje i sale są na zimę zaopatrzone w okna podwójne i piece. Sala jadalna przestronna pomieści wygodnie przeszło sto osób; w niéj biblioteka dobrze zaopatrzona w polskie, francuskie, angielskie i niemieckie dzieła, tudzież czytelnia gazet i pism peryjodycznych.

Służba zakładowa jest stałą i bardzo wzorową, sprawuje swoje powinności jak maszyna dobrze urządzona bez utykania i skrzypienia. Kto zarządzał choćby czas krótki zakładem leczniczym, ten wie ile zależy lekarzowi na służbie karnéj i dobrze ćwiczonéj. Jest ona w ręku lekarza narzędziem, bez którego nie byłby w stanie spełnić swojego zadania. Taką maszynę, takie narzędzie lekarz musi sam wyrobić sobie, co też Czerwiński uczynił mimo niemałych trudności i przeszkód miejscowych. C. d. n.

Jeszcze słów kilka w sprawie Zakładu Kulparkowskiego.

Za dni kilka, bo z d. 30 bm., kończy się termin konkursu, rozpisanego na posady lekarskie w zakładzie kulparkowskim. Nieznamy dokładnie liczby kolegów ubiegających się o posady rzeczone, a tém mniéj zamierzamy przywłaszczyć sobie sąd o ich uzdolnieniu. Wiemy tylko, że Wydział krajowy trudne ma przed sobą zadanie, bo jeżeli w każdym szpitalu, a tém bardziéj w szpitalu dla obłąkanych, lekarze są duszą zakładu, to od wyboru sił najodpowiedniejszych zależy dobro i przyszłość téj instytucyi, która w ostatnim czasie niestety nabyła rozgłosu smutnego. Jako obywatele kraju, który tak znaczne poniósł i ponosi ofiary celem podtrzymania zakładu kulparkowskiego, mamy obowiązek wypowiedzenia swego zdania bezstronnego, choćby takowe miało być dla kogoś przykrém.

Że stósunki kulparkowskie nie są świetne, że wymagają radykalnéj naprawy i to spiesznéj, dowodzić zbyteczna po odnośnych rozprawach sejmowych; już po zamknięciu Sejmu nadto przybył nowy fakt smutny, gorszący; otóż parobek pijany służący w zakładzie rzuca się z drągiem na woźnego szpitalnego i łamie mu jednę czy obie kości podudzia; dalecy jesteśmy od zwalenia na kogokolwiek winy za czyn popełniony przez upojonego parobka; jednak fakt ten, ponieważ nie jest odosobnionym, a więc dodany do faktów poprzednich, dowodzi, że służba istotnie jest bardzo złą. Od osoby stosunki kulparkowskie dokładnie znającéj dowiadujemy się, że służba ta rekrutuje się z najniższéj warstwy służących, i że człowiek taki porzucający służbę w Kulparkowie nigdzie nie znajduje pomieszczenia. Czy we Lwowie lepszych posługaczy znaleść nie można, nie wiemy; a jeżeli tak w istocie jest, czyż nie można sprowadzać ich z Krakowa, gdzie przecież o podobnych wybrykach nie słychać, pomimo, że zakład tutejszy w nierównie gorszych znajduje się warunkach, aniżeli kulparkowski? A jeżeli służby męskiéj w dostatecznéj ilości mieć nie można, czy nie należałoby pomyśleć o zastąpieniu jéj po części przynajmniéj służbą żeńską, bo nie znamy wcale powodu, dlaczegoby u obłąkanych mężczyzn spokojnych, zwłaszcza u epileptyków i niedołężnych, nie mogły pełnić służby kobiety starsze, które tak pod względem przestrzegania czystości, jakoteż pielęgnowania chorych o wiele więcéj się zalecają, aniżeli mężczyźni?

Niemniéj ważną, aniżeli kwestyja posługaczy, jest sprawa odpowiedniego obsadzenia posady rządcy i lekarzy. Pierwszego rządcę Wydział krajowy musiał oddalić; w Krakowie mamy rządców szpitalnych zdolnych, energicznych, a co ważniejsza, nie przekraczających właściwego sobie zakresu, nie intrygujących przeciw dyrektorowi i lekarzom. Czyżby nie wypadało przenieść zdolnego i spokojnego urzędnika na placówkę wysuniętą w Kulparkowie, a natomiast któregoś z urzędników lwowskich przenieść do Krakowa? Stanowisko rządcy w zakładzie dla obłąkanych jest nader ważném, a ponieważ w Kulparkowie radykalna reforma nieodzownie jest potrzebną, więc wskazaném jest wprowadzenie nowych żywiołów, aby już raz uzyskać tyle pożądany spokój.

Nie wdajemy się w ocenę działalności dotychczasowych lekarzy kulparkowskich; wiemy tylko tyle, że stanowisko ich było nader trudne i nie godne pozazdroszczenia. Ale uchwała Sejmu, ustanawiająca w miejsce dotychczasowych dwóch czy trzech sekundaryjuszów oprócz dyrektora 4 lekarzy, a mianowicie 2 prymaryjuszów i 2 sekundaryjuszów, samo przez się reformę czyni konieczną. Wprawdzie w uchwale téj tkwi zaród nowych trudności. System dotychczasowy był nieodpowiednim, bo dyrektor miał dodanych sobie trzech, a właściwie tylko dwóch lekarzy, którzy byli prymaryjuszami de facto, de jure zaś nie byli nawet ordynatorami jak w Warszawie, tylko sekundaryjuszami, jak w innych szpitalach austryjackich; mianowani przez Wydział krajowy pomocnikami dyrektora, w rzeczywistości mieli sobie powierzone oddziały; ztąd wynikło niezadowolenie z pełnienia obowiązków bez odpowiedniego stanowiska prawnego i odpowiedniéj płacy, oraz starcia z dyrektorem, który w podwładnych swoich widział tylko pomocników, a nie samodzielnych kierujących oddziałami. Uchwałą Sejmu inaugurowane zostało urządzenie odpowiadające systemowi austryjackiemu, z tą atoli uderzającą i nieuzasadnioną różnicą, że sekundaryjusze pozostaną nadal urzędnikami stałymi, nie zaś zmieniającymi się co 2, a względnie co 4 lata. Urządzenie takie jest wprost szkodliwém, ponieważ przez mianowanie stałych sekundaryjuszów raz na długie lata odjętą została możność lekarzom młodszym kształcenia się na oddziałach psychijatrycznych, a powtóre że sekundaryjusz nie bardzo gorliwy nie może być usunięty a do gorliwości nie może być zachęcany widokiem, że tylko w razie wzorowego pełnienia obowiązków co 2 lata może być mianowany na nowo. Bądź jak bądź, z faktem tym jednak liczyć się musimy. Są więc

4 posady lekarskie do obsadzenia. Rozpatrując się w siłach naszych dochodzimy do przekonania, że nie mamy niestety do rozporządzenia zbyt wielką liczbą kandydatów, którzyby z jednéj strony zechcieli i z powodów familijnych mogli podjąć się służenia w Kulparkowie, a więc podjąć się brzemienia, które jest bardzo ciężkiém z powodu nieszczęsnego pomysłu pomieszczenia zakładu krajowego — właśnie tam, gdzie być nie powinien, w Kulparkowie. Siły te są bardzo nieliczne jeżeli, jak się spodziewać należy, Wydział krajowy w interesie dobra zakładu uwzględni li kandydatów, którzy służyli już w jednym z zakładów dla obłąkanych i złożyli dowody zamiłowania do téj służby i innych własności koniecznych, jakoto: taktu, spokoju, cierpliwości, karności, słowem sztuki obchodzenia się z obłąkanymi, oraz z przełożonymi a względnie z podwładnymi, a odrzuci kandydatów samozwańczych, gdyby się tacy pojawili, którzy nie służywszy poprzednio w zakładzie odpowiednim sami mając o sobie wielkie wyobrażenie do wszystkiego czują się uzdolnionymi. Im nieliczniejsze atoli są te siły kompetentne, tém większym staje się dla Wydziału krajowego obowiązek korzystania z nich w sposób najodpowiedniejszy. Nie zdradzamy tajemnicy, bo jest rzeczą powszechnie znaną, jeżeli przypomnimy, że w dotychczasowéj służbie lekarskiéj w Kulparkowie nie było owéj harmonii, która, jeżeli gdzie to zwłaszcza w zakładzie dla obłąkanych jest konieczną, albowiem w braku jéj upada wszelka karność, znika wzajemne zaufanie, a przedewszystkiém nie ma mowy o działaniu wszystkich do jednego celu skierowaném. Jeżeli dyrektor unieważnia polecenie lekarza, jeżeli lekarz wytyka słabostki rzeczywiste lub wrzekome dyrektora, wtedy posługacz staje się nagle ważną figurą wyzyskującą właśnie przełożonych, staje się donosicielem miłym jednéj stronie a opryskliwym i niesfornym w obec drugiéj; lekarze zaś, którzy w zakładzie od miasta oddalonym w życiu koleżeńskiém znajdować powinni rozrywkę po trudach, ustawicznem dąsaniem się i nawzajem przykrości sobie wyrządzając szkodzą tylko sobie i zakładowi. Takich stosunków nie ma w żadnym innym szpitalu, takich stosunków niema i nie było na szczęście i w szpitalach krakowskich. Ztąd to pochodzi, że oddział dla obłąkanych w Krakowie pomimo nędznego swego umieszczenia nierównie lepszéj używa reputacyi w kraju, aniżeli pałac kulparkowski, który przeszło milijon zła. kosztował! A ztąd płynie nauka, że chcąc zreformować zakład w Kulparkowie należałoby przedewszystkiém postarać o przeniesienie znanych z energii lekarzy krakowskich a zastąpienie ich tymi lekarzami, których pozostanie dalsze w Kulparkowie byłoby niemożebném. Mianując zaś lekarzy nowych Wydział krajowy powinien wybrać ludzi znających się na służbie w zakładzie dla obłąkanych, ludzi wykształconych, usposobienia łagodnego i charakteru wyrobionego, a gdyby wybór taki musiał pociągnąć za sobą wydatek nadzwyczajny, lepiéj nie szczędzić go, jak stosując środki połowicze narazić kraj na nierównie większe wydatki w przyszłości.

Do podniesienia bowiem Kulparkowa i utrzymania go na wyżynie odpowiedniéj potrzeba naszém zdaniem głównie karności, potrzeba instrukcyi, któraby jak najdokładniéj każdemu naznaczyła właściwy zakres działania, a następnie potrzeba jawnego postępowania surowego w obec najmniejszego objawu bezkarności lub intrygi. Wszakże Wydział krajowy jest prawie na miejscu, może więc i powinien jak najdokładniéj zakład kontrolować i o wszystkiém naocznie się przekonywać, a natomiast być głuchym na wszelkie donicsienia uboczne, będące wynikiem intrygi, skądkolwiekby one pochodziły, bo szpital dla obłąkanych nie jest polem popisywania się dyplomacyją, tam ten najlepszy, który najwięcéj pracuje, który umie słuchać, aby z czasem umiał i rozkazywać.

Przekonani będąc, że Wydział krajowy najlepszemi ożywiony jest chęciami i że mu się powiedzie zaprowadzić w Kulparkowie trwały porządek, chcielibyśmy ze swéj strony jedno jeszcze wynurzyć życzenie. Jakkolwiek dobrze wiemy, że leczenie i pielęgnowanie chorych jest pierwszym obowiązkiem i zadaniem głównêm lekarzy służących w zakładzie dla obłąkanych, to przecież nie zawadziłoby wcale, a w naszém położeniu byłoby nawet bardzo pożądaném, aby choć jeden z 5 lekarzy zakładu w godzinach wolnych od pracy szpitalnéj był w stanie i poczuwał się do obowiązku pracowania umiejętnego i ogłaszania wyniku swych spostrzeżeń. Ze szpitali we Lwowie i w Krakowie piękne i liczne wychodzą prace naukowe wzbogacające ubogą naszą literaturę; Kulparków odkąd istnieje nie przyczynił się do ruchu naukowego ani jedną pracą, ani jednêm spostrzeżeniem, cały więc obfity materyjał jego marnieje. Wydział krajowy wprawdzie dbać musi głównie o zabezpieczenie opieki i pomocy chorym, ale nie zaszkodzi, jeżeli lekarzy zachęci i do pracy naukowéj, bo przecież postęp nauki i piśmiennictwa krajowego nie może być obojętnym dla najwyższéj Władzy autonomicznéj. W tym przypadku ustaje nawet spór, ażali rząd lub samorząd jest powołany do popierania nauki, bo historyja psychijatryi uczy nas, że nauka ta zawdzięcza swój wielki postęp w bieżącém stuleciu nie uniwersytetom, lecz zakładom dla obłąkanych. Pinel, Esquirol, Conolly, Griesinger, Morel i wielu innych pierwszorzędnych psychijatrów i reformatorów nauki jako lekarze zakładowi nabyli sławy nieśmiertelnéj, a obecnie jeszcze pomimo, że już istnieją kliniki psychijatryczne, z zakładów przeważnie wychodzą specyjaliści znakomici; dość wspomnieć o zakładzie w Illenau, z którego w krótkim czasie wyszli tak zasłużeni uczeni, jak Roller, Krafft-Ebing, Schüle, Kirn itd. My biedni nie rościmy sobie tak wielkich pretensyj, ale mamy prawo żądać przynajmniéj, aby zakład Kulparkowski nie otoczył się murem chińskim i aby lekarze jego od czasu do czasu przynajmniéj zapoznawali kolegów jeżeli już nie z wynikiem prac samodzielnych, to przynajmniéj z rezultatem zabiegów leczniczych, z datami statystycznemi, kazuistyką itd. Obowiązek ten ciąży na lekarzach kulparkowskich, a dla Wydziału krajowego jako władzy autonomicznéj obowiązek ten nie powinien być obojętnym! *Prof. Blumenstok.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 28 listopada. Egzamin rządowy, uprawniający do ubiegania się o posadę w publicznéj służbie zdrowia, złożyli w d. 15 — 19 bm. pp. Drowie Orest Litwinowicz ze Lwowa, Józef Merunowicz ze Stanisławowa (celująco), i Teodor Pawlas z Krakowa.

* Dr. Longin Feigel, prosektor szpitala powszechnego i lekarz sądowy we Lwowie, z licznych prac zaszczytnie znany, habilituje się jako docent medycyny sądowéj przy wydziale prawniczym uniwersytetu lwowskiego. Tym sposobem i na Wydziale prawniczym we Lwowie, który dotychczas pozostał był w tyle za krakowskim, gałąź ta lekarska ważna i dla prawników, odtąd będzie miała reprezentanta swego i to reprezentanta godnego, który już liczne złożył dowody, że pracować chce i umie. Ocena rozprawy jego habilitacyjnéj niezadługo ukaże się w naszym tygodniku.

* **Nakład słownika łacińsko-polskiego wyrazów lekarskich** ułożonego przez śp. prof. Skobla i Dra Aleksandra Kremera

w r. 1868, wyczerpnął się całkowicie. Fakt ten, w naszych stósunkach rzadki, najlepiéj świadczy, jak dalece słownik ten odpowiadał rzeczywistéj potrzebie. Najdaléj za pół roku wyjdzie nowy słownik opracowany przez komisyję Tow. lek. krak., w skład któréj wchodzą jak wiadomo pp. Dr. Aleks. Kremer oraz proff. Janikowski i Oettinger.

* Ministerstwo oświaty zamianowało kandydata medycyny p. Wolfa Piseka asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj w Krakowie.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 44 (od 27 października do 2 listopada włącznie) umarło w Krakowie osób 42; męż. 20 i kob. 22; w obwodach 21 osób i w szpitalach 21; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 39,0; we Lwowie 24,3; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 24.2; w Budapeszcie 31,9; w Pradze 29,5; w Tryjeście 30,5; w Berlinie 25,8; w Wrocławiu 22,8; w Monachijum 29,3; w Dreznie 23,0; w Lipsku 17,0; w Bazylei 12,6; w Brukseli 24,0; w Paryżu 23.4; w Londynie 20,2; w Chrystyjanii 17,0; w Petersburgu 30,2; w Odessie 32,2; w Bukareszcie 24,1; w Wenecyi 29,1. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 6 osób, mianowicie: 1 z płonicy, 4 z dławca i 1 z róży.

* **Warszawa.** W sferach rządowych istnieje zamiar wydania przepisów ograniczających wykonanie wiwisekcyj; staranie celem zaprowadzenia przepisów takich w Cesarstwie i Królestwie wzięło na siebie towarzystwo opieki nad zwierzętami, idąc pod tym względem w ślad za Anglikami, a nie przekonawszy się poprzednio, czy i o ile przepisy te w Anglii okazały się praktycznemi.

* **Paryż.** O krzesło w akademii opróżnione po śmierci Klaudyjusza Bernarda ubiegają się: pp. Paweł Bert, Charcot, Gubler, Armand Moreau, Germain Sée.

* **Mianowania i odznaczenia.** Tajny radca Dr. Hergt mianowany został dyrektorem zakładu dla obłąkanych w Illenau (w W. X. Badeńskiém). — Prof. med. Dr. Jan Wallner przeniesiony w stan spoczynku otrzymał od Cesarza uznanie korzystnéj swéj działalności nauczycielskiéj. — Pensyjonowany referent spraw lek. w Gracu Dr. Julijusz West otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl.

* **Nekrologija.** Znakomity profesor chemii Dr. baron Gorup-Besanez umarł w skutek udaru mózgowego.

* **Wiadomości osobowe.** W d. 23 otrzymali w Uniw. Jag. Stopień doktora w. n. lek. pp. Apolinary Nidecki i Bolesław Peszyński.

Redakcyja otrzymała:

Dr. A. ERLENMEYER (w Bendorf): Uiber einen Fall von Reflexschwindel aus bisher nicht beschriebener Ursache. (Osobne odbicie z Nru 44 i 45 *Deutsche med. Woch.* 1878). in 8vo str. 11.

Dr. ANJEL (w Gräfenbergu): Beitrag zur Würdigung der bei der antipyretischen Behandlung obwaltenden Factoren (Osobne odbicie z *St. Petersburger med. Woch.* 1878) in 8vo str. 18.

Prof. Dr. Arrigo TAMASSIA (w Pawii): Della morte nel vuoto.

Idem: *Gli ultimi studi italiani sulla imputabilità.*

Idem: *Del concetto clinico dell' epilessia e della influenza di questa sulla imputabilità.*

Idem: *Pazzia morale o nevrismo?*

Idem: *Sull' inversione dell' istinto sessuale.*

(Osobne odbicia z *Rivista sperimentale di freniatria e med. legale* 1878).

Piśmiennictwo lekarskie. OERTEL M. J. über den laryngologischen Unterricht. M 5 Taf. gr. 8. Leipzig F. C. W. Vogel. M. 3.

MEYNERT THDR Üb. Fortschritte im Verständniss der krankhaften psychischen Gehirnzustände. (Aus: „Psychiatr Centralbl.") gr 8. Wien. Braumüller. M. 1. 60.

RINDFLEISCH Ed. Lehrbuch d patholog Gewebelehre M 230 Holzschn 5 Afl. gr. 8. Leipzig Engelmann M. 14.

RITTER v. RITTERSHAIN Gfr. Statistische u pädiatrische Mittheilungen aus der Prager Findelanstalt. gr. 8. Prag. Dominicus 1.20

ROSENBACH O. Üb. artificielle Herzklappenfehler gr 8 Breslau. Koebner M. 1. (Sprawozdanie podamy w przyszłym numerze).

RÜDINGER Topograghisch-chirurg. Anatomie d Menschen. 4 Abth. Die Beckengegend u. d. untere Extremität. M 10 Taf. Lex. 8. Stuttgart Cotta M 12.

SCHMID W. Anleitung zu sanitarisch- u. polizeilich-chemischen Untersuchungen f. Staatschemiker etc. Mit 57 Fig. im Texte. gr. 8 Zürich Schulthess. M 4.

TORRES M. Des calculs du rein et de la néphrotomie Av. 18. pl. (10en chromolith.) et 110 fig dans le texte 8 Paris. Leclerc. Fr. 15.

Wasserleitung, Canalisation u. Rieselfelder v. Danzig. M. e. Plan d Stadt. 2 Afl. 8. Danzig Kafemann M 1 50

WERNICH A. Geographisch-medicinische Studien nach d. Erlebnissen e. Reise um die Erde. gr. 8. Berlin. A. Hirschwald. M. 10

ZAHN J Beiträge zur patholog. Histologie der Diphtheritis M. 4 Taf. gr. 8. Leipzig. F. C. W. Vogel. M 6

BARNES R A Clinical History of the Medical and Surgical Diseases of Women 2 ed. 8 London. Churchill. sh. 18

BARON L. C Étude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques et les hystéroépileptiques. In-8 avec 3 pl. Paris. Asselin. Fr. 2½.

Beiträge zur Medicinal-Statistik. Hrsg. von Schweig, Schwarz, Zuelzer. 3 Hft. Mit 7 Taf u 2 Tab gr. 8 Stuttgart. Enke M. 8.

Bericht, amtlicher, über die Verwaltung d. Medicinalwesens etc. d. Kantons Zürich in d. J. 1870—75. 8 Zürich. Schmidt M. 5.

BERNSTEIN B. Die Prostitution in ihrer Beziehg. zu den Geschlechtskrankheiten gr. 8. München Weinreich. M. 1.

BOUILLY G. Comparaison des arthropathies rhumatismales scrofuleuses et syphilitiques, in-8. Paris. Baillière et fils. Fr. 3½.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 4 grudnia br. o godzinie 5téj popołudniu posiedzenie zwykłe, na którém 1) kol. Skobel okaże i objaśni opaskę nowego pomysłu do unieruchomienia moszen a 2) kol. Lutostański mówić będzie w dalszym ciągu o zadaniu i stanowisku obecnéj Antropologii.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek dnia 3go grudnia o godz. 5 popoł. posiedzenie, na którém: 1) toczyć się będzie dyskusyja nad artykułem Dra Krówczyńskiego o metodzie goerbersdorfskiéj, a 2) prof. Dr. Olszewski przedstawi rozbiór wód studziennych tarnowskich, wykonany przez asyst. P. Trochanowskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1167.

Konkurs.

W skutek reskryptu wysokiego Wydziału krajowego z dnia 3 listopada 1878 L. 52169 rozpisuje się niniejszym konkurs w celu obsadzenia posady lekarza ordynującego przy powszechnym szpitalu w Brodach z roczną płacą 500 zlr. a. w. z tym warunkiem, że lekarz ten żadnych innych posad piastować nie może. Ubiegający się o tę posadę mają podania swoje zaopatrzone w dyplomy Dra medycyny i chirurgii, lub też wszechnauk lekarskich uzyskane na jednéj z wszechnic Monarchii austryjackiéj, nie mniéj metryki urodzenia i w dowody dotychczas odbytéj praktyki, wnieść do podpisanego Urzędu gminnego w terminie trzechtygodniowym licząc od dnia trzeciego ogłoszenia w Gazecie Lwowskiéj i w Przeglądzie Lekarskim krakowskim.

Zwierzchność gminna.
Brody dnia 11 Listopada 1878.

L. 4235.

Konkurs.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 2 Listopada 1878 rozpisuje się niniejszém konkurs na posadę lekarza ordynującego przy tutejszym szpitalu powszechnym z terminem 30-dniowym od dnia 1go ogłoszenia w Gazecie Lwowskiéj i Przeglądzie Lekarskim krakowskim z płacą roczną 600 złw. z nadmienieniem, iż kompetenci winni się wykazać dyplomem Doktora medycyny i chirurgii, lub téż wszech nauk lekarskich uzyskanym na jednéj z wszechnic Monarchii austryjackiéj, tudzież iż pełnili służbę szpitalną.

Magistrat miasta
Brzeżany 8 Listopada 1878.
E. Merl.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 7 grudnia 1878. № 49. Rok XVII.

I. Z kliniki psychijatrycznéj prof. Meynerta w Wiedniu.

Przypadek zadumy pod postacią obłąkania z omamami przebiegającéj; wyzdrowienie.

Podał Dr. Alf. Ign. Laskiewicz-Friedensfeld,
Sekundaryjusz tejże kliniki i Demonstrator w zakładzie histologiczno-fizyjolog. prof. Brückego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48.)

W przypadku tym, jak już wyżéj wspomnieliśmy, rozpoznanie nie jest łatwém. Do najwybitniejszych zjawisk chorobowych należy przedewszystkiém zaliczyć owo zachowanie się chorego, ową dziwną pozycyję w łóżku, która daje się wytłumaczyć obecnością urojeń i uczuć trwogi. Bojaźliwi ludzie lub zwierzęta kurczą i zwijają się w kłębek jak jeż, aby wrogowi najmniejszą okazywać powierzchnię, podczas gdy człowiek zuchwały i dumny, aby nieprzyjacielowi większym się pokazać, wypukla swą pierś i rozciąga się. Ważną rolę odgrywały u chorego złudzenia. Późniéj chory całkiem przeciwną zachowywał pozycyję; stawał on po całych dniach i nocach bez ustanku przy drzwiach i to tylko na podstawie urojeń; był pewnym, że pewnemi drzwiami wyjdzie ze szpitala i nie chciał od nich odstępować. Zjawisk tych nie należy zaliczyć do objawów zdumienia, ponieważ był brak t. zw. giętkości woskowatéj *(flexibilitas cerea)*; przeciwnie chory natężał swe mięśnie tak dalece, że niepodobna było zmienić jego położenia, z tego względu miałaby choroba pewne podobieństwo do zadumy osłupnéj *(mel. attonita)*, lub katatonii Kahlbauma. Jednakże osłupienie owo należy uważać za jedną z oznak choroby, która według całego przebiegu swego, ze względu na urojenia chorego, największe ma podobieństwo do zadumy, powstałéj na tle omamów. W zadumie zdarzają się dość często straszliwe omamy i będę miał sposobność przytoczenia wybitnych przypadków tego rodzaju. Omamy powstają w skutek zadraźnienia ośrodków zmysłowych lub też i ośrodków podkorowych (Meynert: *infracorticale Centra, über Fortschritte in der Lehre von den psychiatr. Krankheitsformen, III. Psych. Centrblatt 1. 1878)*, tém łatwiéj, im bardziéj się zmniejsza czynność kory przednich płatów mózgowych; tak np. w skutek zużenia, zmęczenia, postu, utraty krwi, gdy czynność mózgowa się zmniejsza, ustępuje również i hamujące działanie kory płatów czołowych na owe ośrodki, które bywają zadraźnione; również zdarzają się omamy przed i po omdleniu, w początku (t. zw. wietrzyku) napadu padaczkowego, w otruciu krwi różnemi środkami, np. wyskokiem, beladoną itd., w zaniku postępowym płatów czołowych i w ogóle w zmniejszonéj ich czynności, jak np. przed lub po spaniu, we śnie, w chorobach gorączkowych. Oprócz owych straszliwych i długotrwałych przywidzeń przemawiało za zmniejszoną czynnością kory czołowych płatów mózgowych również i następujące zjawisko: milczenie chorego kilkomiesięczne, choć nie absolutne, polegające na nadzwyczaj powolném kojarzeniu wyobrażeń, daléj trzymanie się jego w tejże saméj pozycyi w ciągu kilku miesięcy, więc nieruchawość, a późniéj bardzo powolne ruchy, jednostajny sposób myślenia. Brak stałych urojeń wyklucza pomięszanie umysłu, które jest nieuleczalném, podczas gdy chory nasz wyzdrowiał. Całkiem wolnym od urojeń chory nasz nie był, jednak urojenia jego były takie, jakie napotykamy u wszystkich melancholików; jestto obłąd całkiem przeciwny obłędowi wielkości, przyznanie swéj nicości i oskarżanie samego siebie *(Kleinheitswahn und Selbstunklage)*. Jeśli melancholik jest np. bogaty, to wydaje mu się, że stracił majątek, że został żebrakiem, chorzy tacy uważają siebie za złych, nic nie wartych, podłych, nie godnych życia pod słońcem, nie zasługujących na strawę codzienną (ztąd po większéj części pochodzi jadłowstręt). Nasz chory mówił często, że jest bardzo brzydkim, że słyszał jakoby był podobny do djabła, że był wielkim przestępcą, złodziejem, że zasługuje na piekło, że wszyscy ludzie go nienawidzą, palcem na ulicy na niego pokazują itp. Przeciwnie zaś innych ludzi podnoszą melancholicy w swéj fantazyi, chwalą ich; zdaje im się, że osoby otaczające są wysokiego pochodzenia, że są książętami, posługaczkę nazywają hrabi-

ną, klęczą przed lekarzem, zowiąc go cesarzem. Obląd wielkości zostaje tym sposobem przeniesionym na inne osoby; jest to logicznym wynikiem potępienia własnéj osobistości i samooskarżenia, oraz i owego przykrego usposobienia i nie zadowolenia z siebie samego, które cechują melancholików. Z temi wyobrażeniami łączy się tęsknota, powolność ruchów i myślenia, zmienione oddziaływanie lub brak tegoż względem bodźców zmysłowych. Tigges sądzi, że w melancholii najprzód się rozwija tęsknota, powolność ruchów i myślenia, a późniéj dopiero pojawiają się cechujące urojenia; w przeciwnym razie mamy do czynienia z pomięszaniem umysłu. Zdaje się jednak, że jest rzeczą niemożebną rozstrzygnąć, który z objawów melancholii najpierw występuje i inne za sobą pociąga; w wielu przypadkach, jak to z czasem udowodnimy, można się przekonać, że przez długi czas chorzy ulegali obawie przed pewnym rodzajem obłędu prześladowczego; w innych przypadkach znowu złudzenia i omamy obok bojaźni do najpierwszych należały objawów. W każdym zaś razie można wykazać istnienie owych cechujących urojeń, na których obecność Meynert kładzie nacisk i sądzi wraz z wielu nowszymi psychijatrami, że całkiem słuszne jest zdanie słynnego ojca psychijatryi Esquirola, według którego rokowanie daleko jest pomyślniejszém, skoro chorzy sami siebie oskarżają, aniżeli gdy na innych się skarżą. Odróżnienie to jest bardzo ważném ze względu praktycznego. Melancholija prawdziwa pozwala rokować dobrze co do choroby (nie co do życia); prawda, że czasem, szczególnie jeśli trwa lat kilka, lub jest z inną chorobą umysłową powikłana, przechodzi w niedołęztwo; w innych bardzo ciężkich przypadkach znowu groźne pociągnąć może za sobą skutki, np. wyniszczenie w skutek jadłowstrętu, częściéj jeszcze w skutek nieregularnego oddychania zepsutém powietrzem (w skutek zanieczyszczenia się chorych) rozwija się gruźlica albo martwina płuc (być może, że te sprawy zapalne i zastoinowe zależne są od cierpienia ośrodka naczynioruchowego).

Jakim sposobem wytłumaczyć objawy melancholii? Otóż istnieje hypoteza dość powikłana, którą właśnie Meynert popiera. Kora mózgowa, przeważnie płatów czołowych, oprócz działania na nerwy ruchowe, na kojarzenia myśli, działa także hamująco na ośrodek naczynioruchowy, na ośrodki zmysłowe i podkorowe; działania te trzymają między sobą niejako równowagę. Jeśli czynność psychiczna zwojów téj części kory mózgowéj, jak np. przy natężonéj pracy umysłowéj, wzrasta, wtenczas powiększa się także i hamujący wpływ téj części mózgu na ośrodek naczynioruchowy, ponieważ, jak wiadomo, czynność zwojów korowych polega na wzajemném działaniu komórek nerwowych, połączonych między sobą łukowatemi włóknami nerwowemi *(Associationsfasern)*, jakotéż i na zmianie istoty komórkowéj przez wpływ na nich bodźców obwodowych, czuciowych i zmysłowych, wreszcie i na działaniu owych komórek na inne ośrodki i włókna nerwowe. Skoro przewodnictwo włókien nerwowych, promienistych i łukowatych kory mózgowéj jest ułatwione, a działalność osobników nerwowych tejże wzrasta, następuje także i silne działanie hamujące na ośrodek naczynioruchowy; kurcz naczyń zwalnia się, gdyż wpływ tego ostatniego ośrodka na mięśnie ich ścianek coraz bardziéj się zmniejsza; w rozszerzonych tętnicach kory krąży w ciągu pewnego czasu więcéj krwi utlenionéj; odżywienie pierwiastów kory coraz bardziéj i szybciéj się podnosi (jak niektórzy sądzą, w skutek powiększonéj atrakcyi silnie działających komórek mózgowych do tlenu); naczynia coraz więcéj się rozszerzają, być może, w skutek drażnienia nerwów rozszerzających naczynia; przy coraz bardziéj postępującém rozszerzeniu naczyń jednak utlenienie kory mózgowéj coraz bardziéj się wzmaga; wkrótce ustaje równowaga; nagromadzają się połączenia chemiczne ozonowe (Pflüger), których działanie na komórki nerwowe staje się szkodliwém; komórki zostają nad miarę rozdrażnione *(intoxicatorische Reizung)*; człowiek nie może zastanowić się nad jednym przedmiotem, lecz co chwila nastręczają mu się nowe myśli, nowe plany; chory jest ożywiony, niespokojny; ruchy jego są przyśpieszone; dużo mówi, śpiewa, wrzeszczy; ma obląd wielkości, innych oskarża, prześladuje i bywa niekiedy nawet gwałtownym; intryguje, robi psoty, żarty; rozrzuca pieniądze, psuje przedmioty, łaje innych. Stan taki chorobowy nazywamy szaleństwem *(mania)*. W melancholii, jak już wspomnieliśmy, musimy przypuścić zmniejszanie psychicznego działania kory przednich płatów mózgowych, wywołanych przez różne ogólne lub miejscowe cierpienia, między innemi nawet przez zmianę w czynności saméj kory; niedokrwistość, osłabienie przez utratę soków odżywczych, np. krwi po połogu: różnego rodzaju ciężkie, gorączkowe cierpienia mogą doprowadzić do melancholii lub też usposobić organizm do jéj wybuchu. Choroba ta psychiczna jednak powstać może i u człowieka prawie całkiem przedtém zdrowego w skutek psychicznych przyczyn i działań, tém łatwiéj, jeżeli chory jest usposobiony do cierpienia mózgowego przez dziedziczność, lub w skutek różnych innych cierpień psychicznych albo mózgowych nabytych. Większa część psychijatrów (w ostatnim czasie najenergiczniéj Tigges *Naturforscher Versammlung 1877. Nürnberg.)*, zacząwszy od ojca psychijatrów Esquirola, kładą szczególnie przy rozpoznawaniu prawdziwéj, szczeréj melancholii nacisk na pierwotne smutne, tęskne, przykre, płaczliwe usposobienie chorobę wyprzedzające. Podczas gdy obłąkani coraz bardziéj rozwijają swe urojenia (wielkodumne i prześladowcze), łącząc z niemi najbliższe nadzieje co do przyszłości, pracują i najczęściéj zresztą inteligencyi swéj nie tracą, melancholika przygnębiają, dręczą i prześladują przykre i tęskne jego myśli, pod których ciężarem traci możebność zastanawiania się nad innemi przedmiotami; chory unika wszelkich ruchów, jak by bojąc się; nie czyta, nie pracuje, nie rozmawia; każdy ruch, choćby najmniejszy, którego pracą nazwać nie można, jak np. mowa lub jedzenie, jest dla chorego nadzwyczaj uciążliwy. W mózgu takich chorych, jak nas poucza kliniczne spostrzeżenie, spowinowacenie wyobrażeń znacznie jest zmniejszone. Afekty, namiętności zmniejszone lub znikły; świat, ludzie i przedmioty ich otaczające całkiem inaczéj na niego działają; inteligentni dotąd chorzy podają niekiedy, że słyszą, widzą całkiem inaczéj, są nieuważni, obojętni, nieczuli; żona np. już nie tak kocha męża, jak dotąd, nie ma serca dla dzieci, sądząc, że na miłość nie zasługuje, że nie dobrą jest matką lub żoną; nie może się modlić, bo Bóg nie przebaczy wielkich grzechów i przestępstw; bogaty melancholik jest w obawie, że wkrótce straci wszystko lub sądzi, że jest bardzo biednym. Najbardziéj przytłumioną jest gromada ściśle między sobą połączonych pojęć i wyobrażeń, które przedstawiają u każdego uczucie swéj jaźni *(Ichgefühl)*; stąd pochodzi samooskarżanie się i przyznanie swéj nicości (obląd małości); chory z siebie samego niezadowolony, brzydzi się i nienawidzi siebie; sądzi, że jest głupim, brzydkim, zbrodniarzem itp., przeto stara się usunąć siebie ze świata, staje się samobójcą. Przewodnictwo elektryczne przez nerwy jest u melancholików znacznie zmniejszoném, bardzo powolném;

w skutek powolnego i zmniejszonego przewodnictwa ujemnego chwiania się prądu elektrycznego (*electronegative Schwankung*) zmniejsza się hamująca czynność kory płatów czołowych na ośrodki zmysłowe (powstają więc omamy) i naczynioruchowe; ośrodek naczynioruchowy zaczyna mocniéj działać, następuje kurcz tętnic i niedokrewność kory, która znów podtrzymuje stan jéj chorobowy, który działa w tenże sposób na ośrodek naczynioruchowy; chory taki znajduje się *in circulo vitioso.* Od kurczu tętniczek korowych zależą u melancholików różnego rodzaju przykre uczucia: ból głowy, uczucie ucisku, ścieśnienia, uczucie próżni w czaszce; uczucie jednak tęsknoty, niezadowolenie nie mogą zależeć od owych ogólnych uczuć, lecz są zawisłe od upośledzenia czynności kory przednich płatów, w skutek niedokrwistości, być może w połączeniu z nagromadzeniem we krwi kwasu węglowego. Niezupełnie utleniona krew, jak np. w różnych chorobach płuc, może między innemi stać się również przyczyną powstania melancholii u osób do téj choroby skłonnych; w gruźlicy płuc przewlekłéj, w suchotach, melancholija jest dość częstą; może odgrywa tu rolę zadrażnienie gałązek nerwu błędnego, które przejść może na ośrodek naczynioruchowy. Wyżéj już wspomnieliśmy, jak należy wytłumaczyć częstość powstawania suchot w przebiegu i pod koniec melancholii.

II. Nowsze zdobycze w sprawie sztucznego karmienia noworodków.

Podał Dr. **Stanisław Bulikowski** we Lwowie.

(Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w d. 2 listopada 1878 r.)

(Dokończenie. Patrz Nr. 48.)

Co do trzeciego. Jeżeli idzie o uczynienie sera krowiego podobniejszym do niewieściego, nie znamy dotąd innego sposobu prócz dodawania kwasu solnego. Doświadczenie chemiczne jest następujące: Zmięszawszy pewną ilość mleka krowiego z równą ilością rozczynu kwasu solnego 1 do 2 procentowego, a potém kłócąc je z sobą przez czas dłuższy przekonamy się, że tworzące się skrzepy sera są bardzo drobne i równo rozdzielone, a płyn otrzymany przybiera wszelkie pozory mleka niewieściego zsiadłego. Możnaby sądzić, że kazeina krowia zetknięta z kwasem solnym zmienia swe własności chemiczne i staje się podobną do kazeiny mleka kobiecego. Szkoda, że jak na dziś doświadczenie powyższe nie ma praktycznego znaczenia, będąc tylko rodzajem drogoskazu do dalszych badań w tym kierunku. Wiadomo nam już bowiem z powyższego, że mleko kwaśno oddziaływające szkodliwie działa na żołądek noworodka. A zatém jak na dziś fakt chemiczny powyżéj przytoczony nie daje się należycie zużytkować w praktyce.

Pozwalam sobie na tém miejscu wspomnieć nawiasowo o zastósowaniu leczniczém kwasu solnego i zadawaniu go wewnętrznie w niestrawności, jako rzeczy pozostającéj po części w związku z powyższém doświadczeniem chem. Sposób oryjentowania się co do potrzeby użycia kwasu solnego w niestrawności jest bardzo prosty. Skazówką są nam wymiociny same. Wiadomą jest rzeczą, że podczas dyspepsyi wymioty powtarzają się bardzo często, i to prawie po każdém nakarmieniu. U jednych dzieci wymiociny te składają się z mleka zsiadłego, w drugiéj zaś formie dyspepsyi mleko zrzucaném bywa w stanie zupełnie niezmienionym. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z nadmiarem kwasu żołądkowego i zapisujemy środki alkaliczne, w drugim zaś przeciwnie zapisujemy kwas solny. Używa go się zaraz przed lub po nassaniu w rozczynie wodnym, 2 do 4 kropli kwasu do 100 gramów wody. Ale jeszcze raz powtarzam, że wzmianka ta jest nawiasową; leczenie bowiem powyższe niestrawności dotyczy wyłącznie karmionych piersią. U sztucznie karmionych nie używa się wcale kwasu solnego z powodów znanych nam już dostatecznie. Sądzę jednak, że możnaby go także próbować u dzieci sztucznie karmionych; ale należałoby wtedy sposób powyższy zmodyfikować, tj. nie używać kwasu solnego zaraz po nakarmieniu ale znacznie późniéj, mianowicie po dokonaném już oddzieleniu się sera.

Co do czwartego. Kakao chemicznie odtłuszczone bywa przez wielu lekarzy używane raz w znanym nam już celu mechanicznego rozdzielenia sera, powtóre jako środek lekko ściągający. Sposób przyprawiania jest następujący: Jedna część sproszkowanego kakao mięsza się z 20 częściami wody i gotuje przez $^1/_4$ godziny, 1—2 łyżek otrzymanego odwaru dodaje się do porcyi mleka. U dzieci skłonnych do biegunki mięszanina ta bardzo bywa użyteczną.

Dodawanie do mleka fosforanów jest co najmniéj bezskutecznem. Wiadomo nam bowiem z teoryi Adamkiewicza, że przemiana istót białkowatych na pepton odbywa się w żołądku przez odjęcie im soli. Byłoby to iść w kierunku odwrotnym. Widerhofer zaleca kawę żołędziową szczególniéj dzieciom skłonnym do niestrawności.

Przychodzimy nakonice do rzeczy o środkach ostrożności niezbędnych przy wyłączném karmieniu mlekiem krowiém. Pierwsze pytanie, z którém każdy z nas codziennie się spotyka: czy mleko ma być gotowane czy też surowe? Większość lekarzy zaleca gotowanie. I słusznie: wysoka ciepłota wypędza gazy np. powietrze, kw. węglowy itd. utrudniając tém samém przemianę cukru na kwas mlekowy, zmniejsza przeto skłonność mleka do kiśnienia. Ale inną jeszcze daleko ważniejszą korzyść osiągamy przez gotowanie. Wiadomém jest, że do mleka, które zazwyczaj przechowują w wielkich otwartych naczyniach, łatwo wpaść mogą różne obce ciała zanieczyszczające i zawieszone w powietrzu, np. grzybki itp. Mleko łatwo pochłania te przypadkowe domieszki, i może stać się bardzo szkodliwém. I tak opisują w Szkocyi epidemiję płonicy przeniesioną mlekiem pochodzącém od pachciarza, u którego panowała płonica. Opisują ogółem w Anglii w ostatnich czasach siedm epidemij durzycy przeniesionych za pomocą mleka i wody. Cytują nadto wiarogodne przypadki przenoszenia durzycy z miejsca na miejsce za pomocą mleka pochodzącego od krów pojonych wodą ze studni zatrutéj. Zważywszy teraz, że przez gotowanie szkodliwe domieszki zniszczonemi zostają, uznamy niezaprzeczoną korzyść, którą osiągamy przez gotowanie mleka i wody do rozcieńczania tegoż używanéj.

Z kolei przychodzimy do wielkości porcyi dziennéj dla dziecka sztucznie karmionego. Przeciętna wielkość porcyi jest następująca:

dla	dziecka	1	miesięcznego	po	4 łyżki	10	razy	na dobę
„	„	2	„	„	6 łyżek	7	„	„ „
„	„	3	„	„	8 „	7	„	„ „
„	„	4—12	„	„	10 „	7	„	„ „

Co do rozcieńczania doświadczenie uczy nas, że dziecko po ukończeniu pierwszych trzech miesięcy może najczęściéj

być karmione mlekiem krowiém rozcieńczoném. W kwestyi używania mączek przypominamy, że używanie ich w pierwszych miesiącach życia jest szkodliwém. Wiadomą jest bowiem rzeczą, że wprawdzie zaraz po urodzeniu gruczoły ślinne rozpoczynają swą czynność, ale płyn przez nie wydzielany nie posiada jeszcze własności soku trawiącego, a do zamienienia skrobi na cukier bardzo długo czekać każe. Dopiero równocześnie z rozpoczęciem ząbienia ślina nabiera siły potrzebnéj do trawienia mączywa. Jest rzeczą potrzebną zwracać uwagę rodziców, by nie dawali dziecku ani papek, ani bułek, zgoła żadnego mączywa, dopóki pierwsze ząbki niewyklują się na zewnątrz. Przy téj sposobności zamierzam zapoznać panów z tak zwaném mlekiem szwajcarskiém kondensowaném, które z powodu łatwéj konserwacyi stało się artykułem handlu bardzo rozpowszechnionym. Nie tylko po aptekach ale niemal w każdym sklepie korzennym spotkać się można z puszkami okrągłemi blaszanemi, napełnionemi tym surogatem. Sposób fabrykowania kompanii anglo-szwajcarskiéj jakoteż towarzystwa eksportowego niemiecko-szwajcarskiego jest bardzo prosty. Paruje się mleko w powietrzu rozcieńczoném dodając podczas tego procesu tyle cukru trzcinowego, dopóki płyn cały nie nabierze gęstości syropu. Pomysł wyszedł z Francyi od niejakiego Lignaca. Ostatni dodaje do litra mleka 75—80 gramów cukru. Dzisiejsza fabrykacyja używa go 3 razy tyle, przez co mleko zyskuje na trwałości ale traci przymioty dobrego pokarmu.

Opinija lekarzy o mleku kond. nie jest dotąd jednolitą. I tak Dr. Daly po półtorarocznem używaniu zawyrokował w r. 1872, że mleko to bardzo sprzyja tyciu, ale nie wytwarza równocześnie odpowiednich sił. Dzieci karmione wyłącznie mlekiem kond. łatwo ulegają chorobom. Szczególniéj śmiertelnemi bywają u nich biegunki, pomimo że przebiegają na pozór łagodnie. Tenże sam lekarz pisze, że dzieci karmione mlekiem kond. bardzo późno zaczynają chodzić, co niezawodnie ma swoje źródło raz w niedostatecznem odżywianiu mięśni, powtóre w opóźnionym rozwoju kości (*Rhachitis*). Tożsamo stwierdza Dr. Jacobi i Dr. Kehrer (ostatni w rozprawie *„über erste Kindernahrung“*). Dr. Peters opierając się na doświadczeniach robionych przez r. 1873ci w Bonn uważa karmienie mlekiem kondensowaném, mocno rozcieńczoném za korzystne, jeżeli za miarę dobroci pokarmu przyjmiemy częstsze lub rzadsze pojawianie się biegunki. Podnosi jednak równocześnie okoliczności mówiące przeciw karmieniu wyłącznie mlekiem kond. Dzieci tym sposobem żywione tylko na oko dobrze wyglądają, lecz rozwój kości mocno się u nich opaźnia. Zupełnie odmiennego zdania jest autor najlepiéj wszystkim znany, tj. prof. Vogel, który o mleku kond. wyraża się korzystnie. Co do mnie z wszystkich surogatów mleka niewieściego na razie najlepszy stosunkowo osiągałem rezultat za pomocą mleka kond. w biegunkach u dzieci pozbawionych piersi. Używałem go w tym celu w mocném rozcieńczeniu. Dobry skutek może przypisać należy prostemu przypadkowi, a może także i téj okoliczności, że mięszałem to mleko zawsze z kleikami, a najczęściéj z kleikiem salepowym, ryżowym, albo z rosołem, w przypadkach połączonych z morzyskiem z rumiankiem, a wreszcie w przypadkach, w których utrata sił szybko postępowała z herbatą chińską. Czy dłuższe lub wyłączne karmienie mlekiem kond. nie pociągnie za sobą złych skutków wymienionych powyżéj, nieumiem powiedzieć. O takich rzeczach rozstrzyga jedynie długa praktyka szpitalna, i z niej wyciągane cyfry statystyczne. W praktyce prywatnéj zbyt prędko traci się z oczu pacyjenta, a przypadki przesuwają się po przypadkach jak w panoramie, tak że niemogą być użytemi do rozstrzygania w tak ważnéj sprawie.

Ale wróćmy do teoryi. Z rozbioru chem. wynika, że mleko kondens. zawiera:

wody	18—24,4%
tłuszczu	12—13,6 „
cukru mlek.	14— 18 „
cukru trzcinow.	24— 30 „
istót białkow.	24,2—28,1 „
soli	2,1—2,6 „

Jeżeli przeto rozcieńczymy mleko kond. pięcioraką ilością wody, to wtedy zawierać jeszcze będzie dwa razy tyle cukru, co mleko niewieście. Przekonamy się następnie zaraz, że zachowanie stosunku pierwiastków chem. podobnego do stosunku istniejącego w mleku niewieściém jest przy rozcieńczaniu mleka kondensowanego zupełnie niemożliwém. I tak: ponieważ mleko niewieście zawiera 4,3% cukru, kondensowane zaś 48%, przeto ze względu na cukier ostatnie powinno być rozcieńczaném dwunastoraką ilością wody. Ale z drugiéj strony przy takiém rozcieńczeniu pozostanie tak nieznaczny procent sera, tłuszczu i soli, że płyn otrzymany wcale za pokarm uważać niepodobna. Będzie to płyn cokolwiek więcéj pożywny od wody cukrowanéj. Gdybyśmy vice versa postanowili utrzymać procent istót tkankotwórczych mleka niewieściego, wypadłoby rozrobić mleko kond. dziewięcio-, a co najwięcéj dziesięcioraką ilością wody. Jakkolwiek otrzymujemy w ten sposób nie tylko potrzebny procent białka ale i soli, to znów procent cukru wzmoże się w sposób szkodliwy. Ten to właśnie nadmiar cukru psuje inne przymioty mleka kond. Stosunek węgleków wodu do istot tkankotwórczych zmieniony nie daje się wyrównać. Powtóre nadmiar cukru ułatwia rozwój grzybków (Soor), a nakoniec często szczególniéj podczas pory gorącéj cukier zamieniony w przewodzie pokarmowym na kw. mlekowy działa drażniąco, i albo sprowadza biegunki albo podtrzymuje ich trwanie.

Reasumując wszystko powyższe twierdzimy, że mleko kond. małą ilością wody rozpuszczone wprawdzie pożywia, ale nie jest łatwém do strawienia, z wielką natomiast ilością wody wprawdzie łatwo bywa trawionem, ale też nie odżywia dostatecznie. Trzebaby przeto przy mocném rozcieńczeniu dodawać pewną dawkę istót tkankotwórczych np. białko roślinne (legumin), lub mięszać mleko to z rosołem, z kleikami zbożowemi, np. z kleikiem jęczmiennym etc.

Pozostaje nam jeszcze z najnowszych czasów surogat tj. mięszanka śmietankowa Dra Biederta. Rozumowanie Biederta jest następujące: Ponieważ ser krowi bardzo trudnym jest do strawienia, przeto należy dodawać go tylko tyle, ile żołądek noworodka strawić może, powstający przez to w pokarmie brak w procencie istót białkowatych zastępując węglekami wodu, tj. tłuszczem i cukrem. Procent sera krowiego, który dziecko nie odznaczające się silnym żołądkiem łatwo strawić może, oznacza Biedert na jeden. Na podstawie tego zapatrywania sporządza on następujący surogat: Bierze $^1/_8$ litra surowéj śmietanki, mięsza ją z $^3/_8$ litra przegotowanéj wody i z 15 gramami cukru mlekowego. Od téj mięszaniny rozpoczyna się karmienie noworodka stopniując w kilkutygodniowych interwalach, tj. dolewając mleka. W ten sposób ułożył Dr. B. 6 mięszanek różnych od siebie tylko procentem mleka krowiego. Formułka jest następująca:

I. $^1/_8$ litra śmietanki $^3/_8$ litra wody 15 grm. cukru mlek.
II. $^1/_8$ „ „ $^1/_{16}$ litr. ml. $^3/_8$ litr. wody 15 grm. cukru ml.

III.	$^1/_8$ litra śmietanki	$^1/_8$ litr. ml.	$^3/_8$ litr. wody	15 grm.	cukru ml.
IV.	$^1/_8$ „ „	$^1/_4$ „ „	$^3/_8$ „ „	15 grm.	„ „
V.	$^1/_8$ „ „	$^3/_8$ „ „	$^3/_8$ „ „	15 grm.	„ „
VI.	„ „	$^1/_2$ „ „	$^1/_4$ „ „	10 grm.	„ „

Procent składników w mięszankach tych jest następujący:

I.	mięszanka zawiera	1% kazeiny	2,4% masła	3,9% cukru
II.	„ „	1,4% „	2,6% „	38% „
III.	„ „	1,8% „	2,7% „	3,8% „
IV.	„ „	2,3% „	2,9% „	3,8% „
V.	„ „	2,6% „	3,0% „	3,7% „
VI.	„ „	3,2% „	2,8% „	3,7% „

Dokładniejszą relacyję prócz relacyi autora w archiwie Virchowa zdaje Dr. Monti w *„Jahrbuch für Kinderheilkunde,“* opierając się na 26 przypadkach podzielonych na 3 grupy. I. Grupa mieści w sobie 15cioro dzieci od 3 tygodni do 6 miesięcy, które od przyjścia na świat karmionemi były sztucznie w rozmaity sposób. Okazywały one bez wyjątku skutki złego pokarmu, wyglądały nędznie, blado, były w rozwoju wstrzymane, niektóre z nich wychudłe aż do kości, z muskulaturą wiotką, z brzuchem nieproporcyjonalnie wielkim, wzdętym, cierpiące na częste odbijanie, bóle żywota, na wymioty, nakoniec na zapieczenie stolca naprzemian z uporczywemi biegunkami. Do II. grupy należy 7mioro dziatwy w wieku od 3 do 11 miesięcy. Z tych wszystkie przez jakiś czas były przy piersi, ale z różnych powodów przedwcześnie je odłączono. Czworo miało nieżyt kiszkowy, jedno enteritis chron., jedno nakonicc zapadło było na cholerynę *(cholera infantum)*. Stan odżywienia u połowy z nich był dobrym, podczas gdy druga połowa w wysokim stopniu była wynędzniałą, przedstawiając charakterystyczne zapadnięcie ciemiączek, zasunięcie na siebie kości czaszkowych, obrzmienie gruczołów szyjnych i pachwinowych etc. III. i ostatnia grupa zawiera czworo dzieci od 3 do 6 miesięcy. Są tu 2 przypadki cierpiące na enteritis chron. i dwa przypadki cholera infant. Oba rodzaje chorób powstały bezpośrednio po odłączeniu.

Prócz środków leczniczych zmieniono we wszystkich trzech wymienionych grupach sposób karmienia, używając mięszanki śmietankowéj według tabliczki Dra Biederta, i oto opinija zreasumowana Dra Montiego: Pokarm ten w ogólności smakuje i łatwym jest do strawienia. Już po parodniowém używaniu widziałem widoczne polepszenie: odbijanie i wymioty powtarzały się rzadziéj albo zupełnie ustawały, morzysko także, noce stawały się spokojniejszemi, stolce przybierały gęstość prawidłową i barwę żółtą, a chociaż u niektórych przez czas dłuższy zawierały jeszcze resztki niestrawionego sera, to jednak stan ogólny polepszał się stopniowo, a ciężar ciała powoli wzrastać zaczął. Lecz polepszenie to nie było ogólnem. I tak w dwóch przypadkach wymioty utrzymywały się długo, a nieżyt kiszek nie doznawał żadnego polepszenia, jedno z trzechmiesięcznych nie mogło znieść mięszanki, a wreszcie czworo brak pokarmu naturalnego przypłaciło życiem. Nie da się przeto zaprzeczyć, że mięszanka Biederta jest jednym z najlepszych surogatów pokarmu naturalnego, albowiem żywienie naworodków skutkiem innego karmienia sztucznego cierpiących uwieńczonem było w bardzo przeważnéj liczbie przypadków skutkiem dobrym. Naturalną rzeczą, że Dr. Monti używał równocześnie odpowiednich środków leczniczych. I tak w przypadkach, w których ser przez dłuższy czas odchodził stolcami w stanie niestrawionym, dodawał sody według formułki Vogla z wybornym skutkiem. Tak więc rzeczy stoją, że mleko kobiece dotąd niczém zastąpić się nie da, a każdy pokarm inny tylko względnie dobrym być może.

Sądzę, że żadnemu ze znanych dotąd surogatów mleka niewieściego pierwszeństwa stanowczego oddać nie można. W wyborze jednego z nich lekarz znajdzie się w tém samém położeniu, jak w wyborze innych środków leczniczych i musi specyjalizować, zastósować pokarm do osobnika. Sądzę daléj, co więcéj nabrałem niezłomnego przekonania, że karmienie sztuczne, jakie dziś tak wiele osób coute que coute przeprowadzić zamierza, w wielu przypadkach wcale przeprowadzić się nie daje, albowiem mnóstwo noworodków nie znosi mleka krowiego w żadnéj bezwarunkowo formie. Wezwany do nich lekarz prócz skutków wadliwego odżywienia zastaje uporczywe katary przewodu pokarmowego. W przypadkach tych wszelka próba z innemi surrogatami bezużyteczną jest babraniną, a co najważniejsza tyle zabiera czasu, że go potém na powrót do mamki łatwo zabraknąć może. Lekceważenie tego zdania bardzo smutno zakończyć się może.

W obec nagłego i przewidywanego zapadu stoi się wtedy z rękami opuszczonemi, z całą upokarzającą bezsilnością. Niechaj przeto lekarz nabywszy przekonania, (a nabywa go łatwo i najczęściéj podczas pierwszéj wizyty), że dziecko, któremu ma poradzić, mleka krowiego nie znosi, ani minuty nie zwłeka, nie walczy półśrodkami alias surogatami, albowiem nigdy nie może przewidzieć, wiele ma jeszcze czasu przed sobą, i czy mu go na wyszukanie mamki wystarczy.

III. Oceny i sprawozdania.

O. Rosenbach: **O sztucznych wadach sercowych.** (Praca wykonana pod kierownictwem Cohnheima.) Sprawozdanie Dra S. Ponikły.

Zdawałoby się, że nauka o wadach sercowych jest już całością zupełnie zaokrągloną, ukończoną, że sprawy chorobowe polegające na nadwerężeniu mechanizmu zastawek sercowych dadzą się sprowadzić z dokładnością prawie matematyczną do trwałych i niewzruszonych zasad fizycznych a następstwa tychże, tak bliższe jak dalsze, wynikają z konieczności i w sposób łatwo wytłumaczalny że źródła cierpienia, że zatém od czasu wielkiego odkrycia Laënnea należy uznać zasady patologiczne wad sercowych za pewnik nieodparty. Tak jednak nie jest: doświadczenia autora stwierdzają, że jest i tu jeszcze wiele punktów ciemnych, które warto zaczepić nie bezowocnie i poddać krytyce badania doświadczalnego. Niejednokrotnie bowiem sprawdzono, że tłumaczenie spraw życiowych, tak prawidłowych jak chorobowych, sposobem czysto mechanicznym często zawodzi w obec nader skomplikowanego ustroju zwierzęcego i ludzkiego. Pytania, jakie sobie autor zadał w niniejszéj pracy doświadczalnéj, są następujące:

1) Jaki wpływ wywiera nadwerężenie lub zniszczenie zastawek sercowych na ciśnienie krwi?

2) Czy kompensacyja rozwija się natychmiast po powstaniu wady, lub dopiero po pewnym czasie i o ile jest mięsień sercowy zdolny odnośną wadę kompensować?

3) Czy i w jakich warunkach możemy doświadczalnie wywołać u zwierząt różne formy zapalenia śródsierdzia (*endocarditis*)?

4) Jakie wskazówki lub wyjaśnienia mogą podać odnośne doświadczenia na zagadnienia kliniczne?

Doświadczenia swe wykonywał autor częścią na psach częścią na królikach, które po większéj części znieczulał przed doświadczeniem za pomocą kurary lub morfinu. Aby uskutecznić nadwerężenie zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj, otwierał tętnicę główną szyjną (prawą), wprowadzał przez nią zgłębnik kauczukowy odpowiedniéj grubości i przesuwając takowy łagodnie po ścianach naczynia, dochodził do zastawek półksiężycowych, które nieco silniejszém pchnięciem zgłębnika przebijał, wywołując tym sposobem sztuczną niedomykalność. Zaś w celu nadwerężenia zastawki dwukończystéj lub trójkończystéj używał umyślnie ku temu celowi sporządzonego zgłębnika Klebsa (*valvulotom*), który wprowadzał w pierwszym razie przez tętnicę szyjną główną do komórki lewéj, w drugim razie zaś drogą żyły szyjnéj głównéj do jamy serca prawego i wysuwając następnie za pomocą przyrządu śrubowego ukryty w zgłębniku nożyk, starał się zahaczyć nim bądź o brzeg zastawki, bądź o nitkę ścięgnistą i takową przeciąć. Poczém wyjąwszy zgłębnik podwiązywał naczynie a ranę sposobem przeciwgnilnym oczyściwszy zaszywał. Ścieśnienie zaś ujścia żylnego prawego lub lewego naśladował pozostawieniem przez niejaki czas wprowadzonego w powyżéj podany sposób zgłębnika w odpowiedniém ujściu. O udaniu się doświadczenia przekonywał się zrazu za pomocą auskultacyi, a późniéj za pomocą sekcyi zwierzęcia w stósownym czasie wykonanéj, ciśnienie tętnicze mierzył na tętnicy udowéj i szyjnéj.

Odnośnie do pierwszego pytania doszedł autor do nader ciekawego i zdumiewającego wyniku. Ogólnie przyjęte zapatrywanie na wpływ świeżo powstałéj wady sercowéj na ciśnienie krwi tętnicze jest następujące: ponieważ świeżo powstała niedomykalność téj lub owéj zastawki lub ścieśnienie jednego z ujść żylnych lub tętniczych wymaga w każdym razie wzmożonéj pracy mięśnia sercowego w celu należytego posuwania strumienia krwi, przerost zaś mięśnia sercowego tylko stopniowo i po pewnym przeciągu czasu rozwinąć się może, dlatego musi zrazu nastąpić skutkiem skąpego wypełnienia układu tętniczego obniżenie ciśnienia krwi. Tymczasem prawidło to nie sprawdziło się w żadném doświadczeniu autora; przeciwnie nawet znaczne nadwerężenie zastawek sercowych nie wywarło żadnego widocznego wpływu na wysokość ciśnienia tętniczego: ciśnienie pozostawało stale niezmienne, jak było przed doświadczeniem przy zupełnie prawidłowych zastawkach, ba nawet występowało bezpośrednio po rękoczynie niejakie podwyższenie ciśnienia, które autor jednak przypisuje bezpośredniemu wpływowi tegoż lub odruchowemu pobudzeniu nerwów naczynioruchowych.

Że zwolna i stopniowo rozwijające się wady sercowe bywają łatwo równoważone przerostem mięśnia sercowego, również stopniowo się rozwijającym, jest rzeczą jasną i zrozumiałą, lecz trudniéj wytłumaczyć tę okoliczność, jak wada sercowa nagle powstała może być odrazu i bezpośrednio kompensowaną, tak iż nie pociąga za sobą obniżenia ciśnienia krwi. Autor tłumaczy to tém, że mięsień sercowy, jak wszelki inny mięsień, posiada pewien zapas siły mięśniowéj, który przy wzmożonych oporach krążenia zamienia w pracę i tym sposobem odrazu i bez przerostu uchyla grożące zaburzenie krążenia. Już i w stanie prawidłowym objawia się często ta zdolność akomodacyjna mięśnia sercowego, jak np. przy ciężkiéj pracy mięśniowéj, przy spinaniu się po górach, przy zmianie położenia ciała i t. p. Na pierwsze i drugie pytanie zatém odpowiadają doświadczenia autora, że wady sercowe nagle powstałe, nawet znaczne, nie pociągają za sobą obniżenia ciśnienia krwi, lecz bywają natychmiast równoważone przez ujawnienie się zapasowéj, niejako utajonéj siły mięśnia sercowego. Rosenbach sądzi, że dopiero w świetle powyższego wyniku doświadczalnego możebném jest w ogóle zrozumieć powstawanie przerostu sercowego w wadach sercowych. Przerost serca bowiem jest bezpośredniém następstwem spotęgowanego odżywienia mięśnia sercowego, którego nieodzownym warunkiem jest obfitszy przypływ krwi; gdyby jednak ciśnienie krwi rzeczywiście obniżało się bezpośrednio po powstaniu wady sercowéj, wtedy mięsień sercowy nietylko niemógłby być lepiéj odżywiony, lecz nawet gorzéj i aczkolwiek pobudzony do większej pracy nie mógłby osiągnąć należytego odżywienia potrzebnego do powstania przerostu, który tylko przy dopełnieniu obu tych warunków, tj. potrzeby znaczniejszéj pracy mięśniowéj i prawidłowego stanu odżywienia mięśnia, nastąpić może. Rozumowanie to jest rzeczywiście w zgodzie z doświadczeniami klinicznemi: wiadomo bowiem, że nawet w obec tak znacznych oporów krążenia małego, jak w suchotach płucnych lub długotrwałych wyniszczających wypocinach opłucnowych z powodu równoczesnéj najczęściéj niedokrewności, nie następuje przerost mięśnia sercowego.

Wyniki doświadczeń mających na celu wywołanie sztucznego zapalenia śródsierdzia (*endocarditis*) dzieli Rosenbach na 3 grupy. Do pierwszéj grupy zalicza przypadki, w których mimo mechanicznego drażnienia zastawek sposobem wyżéj opisanym, mimo przedarcia téj lub owéj zastawki lub nitki ścięgnistéj nie dostrzegł przy sekcyi zwierzęcia żadnych wybujałości włóknikowych na zastawkach. Do drugiéj grupy liczy te przypadki, w których wprawdzie rozwinęły się mniéj lub więcéj obfite wybujałości włóknikowe, lecz badanie drobnowidowe nie wykazało w nich obecności żadnych tworów grzybkowych (*micrococci*), *endocarditis vegetans simplex*. Trzecia grupa wreszcie obejmuje przypadki, gdzie w wybujałościach włóknikowych znachodziły się liczne gniazda tworów grzybkowych, gdzie dały się wykazać zatory i przerzuty, również w grzybki obfitujące: obraz zapalenia śródsierdzia wrzodziejącego (*endocarditis ulcerosa*). Wszystkie zatém formy zapalenia śródsierdzia udało się autorowi sztucznie na zwierzętach wywołać. I tak gdy pracował przyrządami zupełnie czystemi i przez krótki przeciąg czasu, unikając wielokrotnego rozdarcia lub zmiażdżenia zastawek, prawie żaden znaczniejszy odczyn zapalny nie nastąpił (1a grupa); gdy używał zgłębników nieco grubszych, które dłużéj pozostawały w zetknięciu z zastawkami, rozwijało się wybitne włóknikowe zapalenie czyste (2 grupa); w przypadkach wreszcie, gdzie użył przyrządów zanieczyszczonych i wywołał głębsze zniszczenie zastawek, następowała złośliwa ropnicowa forma zapalenia śródsierdzia z przerzutami (3 grupa).

Ze względu na powstawanie szmerów w następstwie zmian chorobowych zastawek doprowadziły doświadczenia autora do kilku ciekawych wyników. Mianowicie okazało się, że często bardzo znaczne uszkodzenie zastawek, sprawdzone sekcyją, nie wywoływało żadnych szmerów za życia, gdy na odwrót nieznaczne upośledzenie zastawek wywoływało niekiedy wybitne zjawiska przysłuchowe. Tak np. w doświadczeniach mających na celu wywołanie sztucznego ścieśnienia ujść żylnych, prawie nigdy nie było szmeru po włożeniu zgłębnika do odnośnego ujścia. Zato przedarcie zastawki dwukończystéj lub przecięcie jednéj lub więcéj nitek ścięgnistych tejże wywołało stale wyraźny szmer skurczowy. Wybujałości włóknikowe same przez się, chociażby obfite,

bez rozdarcia zastawki prawie nigdy nie dawały szmeru. Co więcéj zdawałoby się wynikać z niektórych doświadczeń, że wybujałości włóknikowe w pewnych warunkach zdolne są nawet pokryć niedomykalność zastawek nadwerężonych i zapobiedz powstaniu odpowiedniego szmeru.

W niektórych nareszcie przypadkach, gdzie się udało Rosenbachowi wywołać niedomykalność zastawek tętnicy głównéj, uważał za życia oprócz szmeru rozkurczowego także szmer skurczowy i wtedy znachodził przy sekcyi po dłuższym przeciągu czasu wykonanéj oprócz zmian na zastawkach półksiężycowych, wywołujących niedomykalność, łącznotkankowe zwyrodnienie mięśni brodawkowych, zanik częściowy mięśnia komórki lewéj i zgrubienie śródsierdzia, któreto zmiany uważał za następstwo mechanicznego ucisku strumienia krwi powracającéj przy rozkurczu serca z tętnicy głównéj, wywieranego ustawicznie na ściany komórki i mięśnie brodawkowe. Otóż na podstawie tego wyniku tudzież podobnych doświadczeń klinicznych pyta się, czy szmer ów skurczowy (w znany sposób przez Traubego tłumaczony) nie stoi raczéj w związku ze znalezioną w tych przypadkach zmianą anatomiczną mięśnia sercowego. W każdym razie wypadałoby przy oględzinach pośmiertnych przypadków niedomykalności tętnicy głównéj, w których za życia szmer ten był słyszany, zwrócić uwagę na te okoliczności. (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. IX.*)

Dr. Erlenmeyer (Bendorf): **Przypadek zawrotu zwrotnego z przyczyny dotąd nieopisanéj.**

Z pośród wielkiéj ilości przypadków zawrotu współczulnego czyli zwrotnego w ostatnich latach odrysowały się i wytłumaczone zostały 2 formy wybitne: zawrót żołądkowy (*vertigo a stomacho laeso, Trousseau*) i choroba Ménièra (*vertigo ab aure laesa*). Zdarzają się atoli liczne bardzo przypadki zawrotu, których przyczyn wyśledzić nie możemy, a które za przykładem Griesingera zwykliśmy podporządkować pod ogólne miano zawrotów epileptoidycznych. Przypuszczenie jednak podstawy epileptycznéj w przypadkach zawrotu połączonego z utratą samowiedzy nie jest jeszcze usprawiedliwionem, nawet w razie, jeżeli ktoś z rodziny chorego cierpiał na padaczkę, a jest ono niebezpiecznem tak pod względem sądowo- jakoteż wojskowo-lekarskim (bo pociąga za sobą uwolnienie od służby wojskowéj). Jak Samt oświadczył się za tém, że nie sprawdzone dawniejsze napady epileptyczne cechują obłąkanie epilept., lecz szczególna postać choroby, tak autor twierdzi, że tylko postać cechuje zawrót jako epileptyczny. Do cech takiego zawrotu zalicza: 1) wietrzyk padaczkowy, 2) czynności nieświadome, lub mówienie pomięszane śród napadu i 3) okres przytłumienia cielesnego i umysłowego po napadzie. Wszystkie inne przypadki zawrotu połączonego z utratą świadomości uznać należy za zwykłe napady omdlenia.

E. miał sposobność leczenia przypadku zawrotu, występującego w skutek cieśni cewki moczowéj (*strictura urethrae*) u kupca lat 31 liczącego, nie żonatego. Człowiek ten całkiem zdrów i dziedzicznie nie obciążony przebył wiewiór, a w kilka lat potém rozpoczęła się choroba obecna. Wystąpiło u niego uczucie ciężkości w odnodze górnéj lewéj, potém w odnodze dolnéj lewéj, a wreszcie i w odnodze górnéj prawéj, tak że nagle musiał stanąć, napady te pojawiały się coraz częściéj, a przystąpiło i uczucie ciśnienia w głowie oraz zawrót. Ciśnienie nigdy go już nie opuszczało, zawrót zaś towarzyszył zawsze napadom sztywności odnóg, przyczém atoli nie tracił samowiedzy, a jakkolwiek napady pojawiały się codziennie, nigdy nie było zwiastunów ani objawów następowych. Najsilniejszemi bywają napady, gdy chory usiłuje oddawać mocz, co z powodu cieśni powoli tylko się udaje, a z odejściem moczu zawrót ustępuje. Z powodu tych częstych napadów chory jest rozdrażniony, cierpi bezsenność, stał się niezdolnym do zajęć umysłowych, chuć płciowa zmniejszyła się. Badanie nie wykazuje zmian uderzerzających w stanie ogólnym. Wykluczywszy zawrót epileptyczny i chorobę Ménièra E. przypuszczał cierpienie ośrodkowe. Środki lekarskie (*nitr. argent.*) okazały się całkiem bezużytecznemi, dopiero gdy chory przez wprowadzenie świeczek uleczony został z cieśni, zawrót nagle ustąpił, sztywność odnóg pojawiała się coraz rzadziéj, wreszcie znikły, a chory odzyskał zdrowie w zupełności. Dlatego autor sądzi, że rozpoznanie: *Vertigo ab urethra laesa s. a strictura* w danym przypadku jest uzasadnioném. (Osobne odbicie z Nru 44 i 45 *Deutsche med. Woch.* 1878.) *L. B.*

Prof. H. Friedberg (w Wrocławiu): **O znaczeniu urazu tętnicy szyjnéj u powieszonych i zduszonych.**

Odkąd Amussat ojciec w r. 1828 wykrył u powieszonego obrażenie błony wewnętrznéj i środkowéj tętn. szyjnéj, zdania lekarzy były podzielone pod względem wartości téj zmiany przy rozpoznawaniu śmierci ze strangulacyi wynikłéj. Casper i Liman wykazali następnie na podstawie doświadczeń umyślnie czynionych, że pęknięcie błony wewn. tętnic szyjnych wywołać można i na trupach, że takowe u powieszonych za życia w ogóle bardzo rzadko się zdarza i to głównie u ludzi, których tętnice szyjne ulegały sprawie miażdżycowéj, wreszcie, że tylko podbiegnięcie lub obrzmienie brzegów szczeliny przemawiać może za obrażeniem tętnicy za życia powstałém. Odtąd lekarze sądowi nie przywiązując wagi do téj zmiany przestali prawie szukać jéj przy sekcyjach. Zwrócił znowu na nią uwagę prof. Hofmann w Wiedniu, wykazując na preparatach bardzo pięknych, że w skutek powieszenia ucisk na tętnice szyjne i to bezpośrednio przed ich rozdzieleniem się jest tak znaczny, iż na trupach powieszonych nie można przez tętnice płynu przepędzać, a w témże miejscu zazwyczaj pękają błony wewnętrzne tychże tętnic. Hofmann widział pęknięcia takie 5 razy, każdym razem były one lekko krwią podbiegłe, a ponieważ wszystkie przypadki tyczyły się młodych ludzi, więc nie przypuszcza, aby na powstanie tych zmian wpływała sprawa miażdżycowa; powstawają one wyłącznie w skutek silnego ucisku oraz rozciągania tętnic.

F. opisuje przypadek sekcyi uskutecznionéj na zwłokach człowieka, wydobytego ze ziemi w 28 tygodni po śmierci. Człowiek ten zmarł był z powieszenia. Znaleziono pomiędzy krtanią a kośćią gnykową bróżdę na szyi, kilka skrzepów krwi pod skórą na szyi i powyżéj obojczyków; powyżéj rozdzielenia się prawéj tętnicy szyjnéj wspólnéj przedarcie błony wewn. tętnicy szyjnéj zewn., brzegi szczeliny odstawają na 1 cm. a pomiędzy brzegami nieco krwi skrzepłéj.

Zdaniem autora na powstanie pęknięcia tego wpływają: 1) ucisk a głównie rozciąganie tętnicy, 2) nagły zastój w naczyniach powyżéj narzędzia duszącego, 3) zadrażnienie nerwów naczyniowych przez też narzędzie a skutkiem onego zwiększone ciśnienie w [illegible]. Ponieważ tętnica szyjna zewn. w *trigonum* [illegible] jest zabezpieczona, więc

prawdopodobnie po założeniu stryczka pomiędzy krtanią a kością gnykową tętnica dość często ulegać musi obrażeniu i dlatego F. radzi częściéj, aniżeli się to dotąd dzieje, badać tętnice szyjne.

Wprawdzie przedarcie błony wewn. tętnicy nastąpić może i po śmierci, jednak o wiele łatwiéj następuje ono za życia, o ile wtedy działa i ciężar ciała oraz ruchy kurczowe. Jeżeli człowiek za życia powieszony został lub powiesił się, wtedy przedarciu towarzyszy wynaczynienie krwi, albo też zdarza się, i to nierównie częściéj, podbiegnięcie błony zewnętrznéj naczynia bez obrażenia błon wewnętrznych; wynaczynionki te bywają od wielkości kropek aż do fasoli.

(W przypadku przez autora opisanym wielce zasługuje na uwagę znalezienie skrzepu w 28 tygodni po śmierci, zwłaszcza, gdy trup leżał w ziemi od 12 stycznia do 21 lipca, a wiadomo, że skrzepy zazwyczaj nierównie prędzéj znikają w trupie przez rozpływanie się i wnikanie w tkaniny sąsiednie. *Sprawozd.*) (*Virchows Archiv*, tom 74, zeszyt 3, 1 listopada 1878). *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVI z dnia 6go listopada 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Obaliński przedstawia chorą, podając zarazem następujące objaśnienie: Dziewczynka, którą szanownym kolegom mam zaszczyt przedstawić, liczy lat 12, okazuje wybitne cechy uwięzi skrofulicznéj, a cierpi od lat dwóch na przewłoczne zapalenie stawu łokciowego lewego. Przyczyny nie umie żadnéj podać, nie przeczy jednak, że obrażenia stawu, jak np. stłuczenia, mogły mieć miejsce. Początkowo pojawiał się ból w stawie bardzo nieznaczny i tylko od czasu do czasu, a i późniéj nie występował on tak groźnie; obrzęk wzrastał powoli, co było powodem, że rodzice mało na to uważali i lekarzy się nie radzili. Dopiero w lecie tego roku zaczęło się cierpienie nagle rozwijać, obrzęk się powiększył, a bóle po nocach były tak znaczne, że rodzice udali się o pomoc lekarską do swego lekarza domowego Dra Lustgartena, który stwierdziwszy już znacznie rozwinięte zapalenie stawu oświadczył, że jedyną pomocą może tu być wcześnie wykonane wypiłowanie stawu schorzałego i w tym też celu odesłał pacyjentkę do mnie. Przy pierwszém badaniu w początkach lipca br. odbytém znalazłem odnogę pod kątem prawie prostym zagiętą w łokciu, tak znacznie obrzękłą, że obwód wynosił po stronie choréj o kilka centimetrów więcéj, niż po stronie zdrowéj. Torebka stawowa rozdęta i wypuklona okazuje tępe poduszeczkowate chełbotanie, a ucisk choćby najlżejszy tak na nią jakoteż na kłykcie kości ramieniowéj wywarty sprawiał pacyjentce nieznośne bóle. Słowem mieliśmy do czynienia z cierpieniem stawu, który nazywamy guzem białym „*tumor albus.*“ Zgadzając się w zupełności ze zdaniem poprzedniego lekarza, przyjąłem chorą na oddział celem wykonania resekcyi, na którą zgodziła się i matka i sama pacyjentka. Zanim jednak przystąpiłem do operacyi, postanowiłem użyć przez czas jakiś wstrzykiwań śródmiąższowych 2—3% roztworu kw. karbolowego, którego dobrych skutków doświadczyłem był poprzednio w kilku lżejszych przypadkach przewłocznych zapaleń stawów, a to têm bardziéj, że wkrótce przedtêm czytałem krótkie sprawozdanie prof. Dra Petersena z leczenia 3ch podobnych przypadków zapaleń już bardzo znacznie rozwiniętych, w których wstrzykiwania kw. karbolowego sprowadziły „*restitutio in integrum.*“ Gdy po kilku pierwszych zastrzyknięciach bóle się znacznie zmniejszyły, postanowiłem daléj używać tychże, dlatego też wypisałem chorą ze szpitala i leczyłem ją ambulatoryjnie. Odnogę ustawiłem na łupce pod prostym kątem zakrzywionéj i zawiesiłem na temblaku, a injekcyje robiłem początkowo codziennie, późniéj co drugi dzień, a w końcu 2 razy na tydzień. Razem było 21 wstrzyknięć. Obrzęk malał w oczach, bolesność dawniéj tak wygórowana jest obecnie prawie żadną, tak iż chora znosi nawet znaczniejszy ucisk na staw. Obecnie zaprzestałem już wstrzykiwać. Sztywność stawu jednak pozostała, czy pozostanie na zawsze, czy się zmniejszy lub zupełnie ustąpi, okaże przyszłość. W każdym razie poleciłem pacyjentce nawet pomimo narażenia się na stałą sztywność nosić odnogę w łupce jeszcze przez kilka miesięcy. Pacyjentka jest z leczenia bardzo zadowoloną, osobliwie zaś z ustąpienia bólów, które samoistnie w nocy się pojawiały. Oprócz tego używałem wstrzykiwań kw. karbolowego jeszcze w innych przypadkach z równie dobrym skutkiem; z pomiędzy nich wspomnę tylko o 11-letnim chłopcu, który zgłosił się do szpitala z ciastowatym obrzękiem stawu skokowego przy ucisku bardzo bolesnym i od 8miu miesięcy trwającym. Dwadzieścia kilka wstrzyknięć śródstawowych przy równoczesném uciskaniu opaską sprowadziło sklęśnięcie obrzęku i zupełne ustąpienie bólów; pacyjent zadowolony opuścił szpital z przestrogą, aby przez kilka miesięcy nie próbował chodzenia, dopóki staw nie stężeje. Dodać tu winienem, że w obydwu przypadkach pociągałem skórę zajętego stawu kleiną (*collodium*) z domieszką jodoformu (1:15) celem przyspieszenia wessania wypocin. Skontatowawszy fakt, że wstrzykiwania kw. karbolowego śródmiąższowe są, jeżeli nie środkiem niezawodnym, to przynajmniéj bardzo często skutecznym, nawet w przypadkach już znacznie rozwiniętych, rozchodzi się przedewszystkiém o wyjaśnienie sposobu działania tego leku. Hueter przejęty swą nową teoryją o istocie zapalenia, na któréj podstawie wydał ogólną chirurgiję, podał w r. 1874 nowy środek mianowicie wstrzykiwania kwasu karbolowego w miąższ tkanin zapalonych i stawów cierpiących, popierając twierdzenie swe dosyć znacznym szeregiem przypadków leczonych ze skutkiem. Zdaniem więc Huetera przyczyną cierpienia miały być owe drobnowidowe twory, prątkami zwane, a skuteczność kw. karbolowego polegać miała na własnościach jego przeciwgnilnych. Po ogłoszeniu owych prac nie tylko skrytykowano, ale nawet wyśmiano formalnie ich autora; a chociaż powoli coraz więcéj zaczęło się pokazywać prac w tym samym duchu pisanych i co ważniejsza, chociaż prawie równocześnie a tak dobitnie przekonał Lister cały świat lekarski o ważności tych doktryn, to jednak i dzisiaj jeszcze wielu je z niedowierzaniem przyjmuje. Nie przesądzając zdania w obec kwestyi otwartéj, pozwolę sobie przytoczyć tu kilka prac doświadczalnych w ostatnich dopiero tygodniach wyszłych, których treść poniekąd stoi w związku z przedmiotem właśnie omawianym. M. Schüller, docent w Gryfii, ogłosił w *Centralblatt für Chirurgie* pracę, w któréj wykazuje, że zapalenia stawów chroniczne u osób skrofulicznych i suchotników powstają w skutek lekkich urazów doznanych w miejsca wyżéj wspomniane. Celem udowodnienia tego sprowadzał u zwierząt (większych psów) zakażenie ogólne przez wprowadzenie do płuc rozdrobnionych plwocin suchotników lub płyny zawierające prątki; następnie zadawał tym, które przetrzymały te wpływy, urazy najwięcéj w staw kolanowy; po kilku tygodniach lub miesiącach znachodził w tych stawach podobne zmiany, jakie znajdujemy w pierwszych początkach guza białego u osób gruźliczych lub zołzowych. Drugą pracę, o któréj tu wspomnieć chcę, jest praca prof. Kochera, ogłoszona w ostatnim zeszycie archiwu Langenbecka pod tytułem: „*Zur Aetiologie der acuten Entzündungen.*“ W okolicy Berna w Szwajcaryi, gdzie Kocher jest profesorem chirurgii, wydarzają się bardzo częste przypadki ostrego zapalenia szpiku kostnego (*osteo-myelitis acuta*) i gruczołu tarczykowego (*strumitis*), które już jego poprzednikowi Lückemu dały niejednokrotnie temat do bardzo pięknych i pouczających rozpraw, z których w jednéj ten ostatni wykazał, że zapalenie szpiku kostnego nie jest chorobą ogólną, za jaką ją powszechnie miano, uważając ją na równi z ropnicą, lecz że jest sprawą miejscową. Kocher zajął się wyśledzeniem przyczyny téj sprawy miejscowéj a podejrzywając, że bodźce dochodzą drogą przewodu pokarmowego, podjął doświadczenia na zwierzętach w przerzeczonym kierunku. Właśnie podówczas wykazał ziomek nasz prof. Nencki, że świeży i bez przystępu powietrza zebrany sok trzustkowy zawiera prątki; Kocher skorzystał z jego doświadczenia i użył płynu od Nenckiego otrzymanego do swoich doświadczeń, których bieg był następującym: Najprzód wstrzykiwał psom po odsłonięciu kości

np. udowéj i jéj ostrożném nawierceniu (a wszystko z zachowaniem ścisłém przepisów antyseptyki) płyny chemiczne czyste, lecz drażniące, jak np. amonijak, ług potasowy itp. Rany te zaszyte i antyseptycznie opatrzone goiły się zazwyczaj bardzo szybko i bez ropienia, a gdy zwierzę po kilku tygodniach zabijał, znajdował stwardnienie (*sclerosis*) lub czystą ziarninę. Inaczéj rzecz się miała, gdy z temi samemi ostrożnościami wstrzyknął w szpik kostny ów płyn Nenckiego, zwierzę albo wkrótce zdéchało albo kość ulegała martwinie, tak jak to bywa po zapaleniu szpiku kostnego Mając więc dowód, że prątki są przyczyną tego stanu, przeszedł do innego rodzaju doświadczeń, mianowicie zadawał zwierzętom, które już były na wygojeniu po wstrzyknięciu w szpik kostny płynów drażniących, strawę zaprawioną wielką ilością części gnijących lub płynu zawierającego prątki. Wkrótce rana się otwierała, zaczęła wydzielać ropę cuchnącą i z posoką pomięszaną, a po zabiciu zwierzęcia znajdowano obraz zapalenia szpiku. Jeżeli w końcu dodam, że tak Lücke, jak Koerteweg w Leydenie wykazali, że największa ilość guzów białych (*tumor albus*) bierze początek od ognisk zapalnych, znachodzących się w kościach staw składających, to zdaje mi się związek przyczynowy między powstaniem zapaleń szpiku i zapaleń stawów dosyć udowodnionym, a têm samém służyć mogą doświadczenia Kochera na poparcie twierdzenia Huetera, że kwas karbolowy do stawów cierpiących wstrzyknięty działa zbawiennie jako środek antyseptyczny. — W dyskusyi kol. Warschauer przypomina, że już na zjeździe przyrodników w Gracu 1874 r. Kunze (z Hali) polecał wstrzykiwania kwasu karbolowego i to nie tylko w róży ale i w gośćcu stawowym ostrym, środek ten jednak okazał się zupełnie nie skutecznym, i w gośćcu zastąpiono go używaniem salicylanu sodowego, któremu także nie długie powodzenie wróży. Przypadek przedstawiony przez kol. Obalińskiego można nazwać tryumfem chirurgii konserwatywnéj, czy jednak zawsze kwas karbolowy wstrzykiwany miąższowo podobne polepszenie sprowadza, to dopiero pytanie. Co się tyczy teoryi pasorzytnéj chorób zakaźnych, jest ona bardzo piękna, ale dopóki nie będzie udowodnioném, że każdéj chorobie zakaźnéj odpowiada odrębny gatunek prątka, dopóty nie będzie ją można z praktyką pogodzić. Kol. Pieniążek: Działanie kw. karbolowego w injekcyjach miąższowych może być dwojakie: z jednéj strony może kwas karbolowy działać antyseptycznie, z drugiéj strony możemy go uważać jako bodziec drażniący, który wywołując sprawę zapewne do rzędu zapalnych należącą, usunąć może skutki dawniejszéj sprawy w stawie siedlisko mającéj, już to przez powiększenie wypociny, co może uniemożebnić jéj organizacyję, już to może przeciwnie, ułatwiając jéj wessanie. Co się tyczy wstrzykiwań kw. karbolowego zalecanych przez Kunzego, to te różniły się znacznie od wstrzykiwań miąższowych Huetera; Kunze bowiem wstrzykiwał kw. karbolowy podskórnie nie miąższowo, więc téż nie działał na miejsce bezpośrednio chorobą dotknięte. Kol. Lutostański: Na zasadzie spostrzeżeń w Iwoniczu zebranych mogę powiedzieć, iż najczęstszą przyczyną przewlocznego zapalenia stawu zwanego tumor albus u osób wątłych i zołzowych bywa obrażenie stawu. Z 400tu przypadków takich zapaleń stawu przezemnie spostrzeganych w 230 przypadkach, według wiarogodnych zeznań rodziców i chorych, początek choroby odnieść należało do urazu. Zgadzam się w zupełności na uwagi kol. Pieniążka, bo tym tylko sposobem objaśnić można działanie leczeń zdrojowo-kąpielnych. Jak wiadomo kolegom, chorych tego rodzaju bardzo często wysyła się do wód słonych jodobromowych. Cóż się tam robi? Oto całe leczenie polega na przyspieszeniu przemiany pierwiastków. Mogę zapewnić, że za pomocą takiego leczenia ostrych urazowych zapaleń stawów, streszczającego się w ogólném i miejscowém przyspieszeniu przemiany materyi, przy odpowiedniém miejscowém zastósowaniu okładów zimnych lub ciepłych, można w ciągu 8 tygodniowéj kuracyi wstrzymać całą sprawę i osiągnąć takie same wyniki, jakie tu widzimy po zastósowaniu wstrzykiwań kwasu karbolowego. Kol. Zarewicz podaje, że wskutek zaleceń wstrzykiwania miąższowego 2% kw. karbolowego w dymienicach idiopatycznych przez rok cały leczenie to stósował w odpowiednich przypadkach na swym oddziale szpitalnym i doszedł do przekonania, że wstrzykiwanie miąższowe kw. karbolowego pożądany odnosi skutek, po pierwszych wstrzykiwaniach bolesność gruczołów się pomniejsza, zaczerwienienie otaczające także ustępuje i stopniowo przypady coraz bardziéj się zmniejszają, gruczoły stają się wydatniejsze i twardsze, wskutek tego dymienica zupełnemu ulega wessaniu i tylko szczątki gruczołów pozostają, które przy stósowaniu ciepłych okładów doszczętnie się resorbują. Kol. Obaliński: Muszę się przedewszystkiém zastrzedz przeciwko temu, jakobym na pewne twierdził, iż kwas karbolowy działał w tym przypadku jedynie niszcząc prątki a więc tylko antyseptycznie. chciałem tylko z nowszéj literatury przytoczyć prace na poparcie tego zdania przez Huetera objawionego, nie wykluczając jednak możebności, że kwas karbolowy działa także przez pobudzanie krążenia, że zatêm działa tak jak i inne środki przed Hüterem używane, np. tra. jodi, która była przeważnie używaną do rozpędzania nowotworów. Co do samych wstrzykiwań to zdaniem mojém należałoby je wykonywać w tych przypadkach, które nie są zupełnie zastarzałe, gdzie nie ma żadnych otworów a więc gdzie nie ma jeszcze wielkich zniszczeń. Czy w przypadku przedstawionym było ognisko zapalne w kości, tego rozstrzygnąć nie mogę, bo mogło być także i samo tylko czyste zapalenie stawu od błony maziowéj się rozpoczynające (*synovitis fungosa Hütera*). Kol. Kwaśnicki: Wszystko zdaje się stwierdzać, że kw. karbolowy działa i to działa skutecznie, tylko sposób tłumaczenia pozostawia do życzenia i tak powiedziałbym, że jest to za śmiałe mówić o zakażeniu zołzowém lub gruźliczém, bo skaza skrofuliczna nie jest jeszcze zakażeniem (infekcyją), na téj drodze bowiem dochodzi się do loicznego następstwa, że gruźlica jest zaraźliwą. Usiłowano to wprawdzie rozmaicie udowodnić, przekonano się jednak, że równie jak osoby pozostające w stosunku z osobami gruźlicą dotkniętemi, gruźlicy ulegają, tak samo i te, które wystawione są na działanie kurzu węglowego, wskutek ciągłego drażnienia komórek przybłonkowych oskrzeli dostają *bronchopneumonii* a następowo suchot. Wstrzykiwano także istoty z płuc osób na gruźlicę zmarłych królikom i sprowadzano u nich gruźlicę, lecz węgiel rozdrobniony wstrzyknięty pod skórę lub do jam surowiczych także gruźlicę wywoływał. Zdaniem mojém można organizm podkopać w najrozmaitszy sposób, ale wywołać skazę dziedziczną w sposób dowolny, byłoby to niepodobieństwem. Przy istniejących zołzach nie można powiedzieć, ażeby jakieś miejsce było szczególniéj dla téj choroby uprzywilejowaném, nie można tu mówić o locus minoris resistentiae, bo są to indywidua minoris resistentiae, cokolwiek bowiem chłodniejszy wiatr zawieje a już wywołuje najrozmaitsze zboczenia w organizmie, a że stawy są ze wszystkich części ciała najwięcéj na urazy narażone, to nic dziwnego, że choroby te tam się najczęściéj umiejscowiają. Porównywając działanie kw. karbolowego z działaniem jodu znajdujemy pewną analogiję, jod bowiem jest równie środkiem pobudzającym do wessania jak zabijającym prątki, wiemy bowiem z doświadczeń, że takowe nastojem jodowym skropione, rozwinąć się nie mogą. Kol. Obaliński: Co się tyczy zarzutu kol. Kwaśnickiego, to co do mnie zastrzegłem się, że teoryj przedstawionych za zupełnie udowodnione nie przyjmuję, muszę jednakże bronić zdania Schüllera, zdaje mi się bowiem, że on nie chciał wywołać zakażenia skrofulicznego, chciał tylko udowodnić, że w takim ustroju, który zawiera w sobie pierwiastki skrofuliczne lub gruźlicze, wytwarzają się takie same zapalenia stawów jak u osób zołzowatych i gruźliczych. Z drugiéj strony nie należy dla gruźlicy w zupełności odrzucić tego wyrazu zakażenie. Wiadomo, że kilku lekarzy robiło w tym kierunku doświadczenia bardzo dobrze w świecie naukowym przyjęte, jak np. Tappeiner, który wykazał, że plwociny osób gruźlicą dotkniętych są zaraźliwe. Zresztą codzienne doświadczenia w życiu praktyczném stwierdzają, że częstokroć w małżeństwie, gdy jedna osoba jest dotknięta suchotami, po dłuższym lub krótszym czasie i druga nabawia się tychże.

3) Kol. Lutostański odczytał rzecz „O zadaniach i celu antropologii współczesnéj.“

4) Wybrano Dra Wasylewskiego na członka czynnego towarzystwa a Dra Zawadzińskiego (w Nowym Targu) na członka korespondenta.

5) Kol. Janikowski jako sprawozdawca komisyi wybranéj do zastanowienia się nad urządzeniem Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, wnosi aby zjazdu tego na rok przyszły zaniechać. Po krótkiéj dyskusyi wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

6) Kol. Ściborowski odczytuje regulamin „Komisyi

dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych“ i odezwę, którą komisyja ta wypracowała. Regulamin zatwierdzono, a odezwę polecono wydrukować w Przeglądzie Lekarskim i w odbitkach między osobami interesowanemi rozpowszechnić. *Dr. Skórkowski.*

V. Zakład leczniczy „Fürstenhof“ w Styryi górnéj.

przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

Porządek wewnętrzny. Chorzy wstają w lecie o godzinie 6téj, w zimie o godzinę późniéj. Każdy chory wychodząc z łóżka bierze w swoim pokoju kąpiel ogólną; stopień ciepłoty i rodzaj kąpieli oznacza dyrektor zakładu dla każdego chorego z osobna. Po kąpieli rannéj każdy chory używa przechadzki obowiązkowéj na powietrzu wolném, poczém wszyscy schodzą się do sali jadalnéj na śniadanie, przyczém bawią się pogadanką, czytaniem gazet, itp. Badanie fizyczne chorych, rozbiór moczu, zapiski do historyi choroby i jéj leczenia czynią się w kancelaryi dyrektora przed południem.

O godzinie 9téj chorzy otrzymują opaski miejscowe „wygrzewające.“ Pora obiadowa od wpół do 1széj do 2giéj; o téj godzinie zmiana opasek wygrzewających. O godzinie 4téj kąpiele ogólne, po których przechadzka obowiązkowa. Na przechadzkach nie wolno palić cygar i fajki.

Wieczór towarzyski poczyna się posiłkiem wieczornym i trwa bezwarunkowo tylko do wpół do dziesiątéj. O godzinie 10 każdy chory musi być w łóżku wziąwszy poprzednio wskazane opaski. Od godziny 10téj wieczór do 6téj rano zakład nikogo nie przyjmuje i niewypuszcza dla zachowania spokoju i porządku. Żaden chory nie może przekraczać porządku domowego ani wydalać się na wycieczki bez wiedzy i zezwolenia dyrektora zakładu.

Jak widzimy z tego porządku, zakład Cz. jest zakładem zamkniętym, domem zdrowia i pensyjonatem, w którym chorzy żyją podług regulaminu lekarskiego na podobieństwo jednéj licznéj rodziny.

Dyjeta w zakładach lekarskich poszczególnych stanowi obok warunków klimatycznych najgłówniejszy czynnik pomocniczy samego leczenia. Pobudzanie czynności odżywczych w ogólności lub w pewnym kierunku poszczególnym bywa zwykle zamiarem naszym w wielu chorobach przewlecznych. Dlatego dostarczanie łatwo strawnego i pożywnego pokarmu w ilości dostatecznéj jest rzeczą niezbędną. Przyprawa nadaje smak, który znów jest dzielnym bodźcem w spożywaniu pokarmów i nawet w samém trawieniu. Urządzenie dobrego stołu jest potrzebą i przyjemnością. Priessnitz jako wieśniak niemógł dbać o takie wymysły. Mleko kwaśne, kawał chleba, nieco mięsa, jarzyn, owoców i dużo wody, stanowią tradycyjną dyjetę zakładów hydryjatycznych. Wszelako światli terapeuci mimo że znają skutki zbawienne mlecznéj dyjety w chorobach żołądka i prostego dobrze przyrządzonego stołu dla trawienia i zdrowia, jednak odstępują od zasady, gdzie tego wymaga potrzeba. W zakładzie Cz. dyjeta stosuje się do potrzeby indywidualnéj pacyjentów z uwzględnieniem sposobu leczenia. W zasadzie śniadanie i wieczerza składa się z mleka kwaśnego niezbieranego, bułek i chleba pszennego. Obiad dobrze przyrządzony poczyna się od pieczeni z jarzynami, na danie drugie pieczyste z kompotami i sałatami, danie trzecie legumina słodka lekka. Zwierzyna, drób, pstrągi, podawane bywają kilka razy w tygodniu. Wyjątkowo chorzy piją kakao na mleku, używają wód mineralnych, wody sodowéj itp. Dyjeta w znaczeniu szerszém obejmuje nie tylko przepisy co do pokarmu i napoju, lecz także, jak to wiadomo, tyczy się ubrania, zatrudnienia, rozrywek, poruszeń i pobytu w przestrzeni, itp. Cz. pojmuje dokładnie to zadanie dyjetetyki w swoim zakładzie i przestrzega jéj we wszystkich powyżéj wymienionych względach. Każdy chory otrzymuje stósowne dla siebie wskazówki, jak się ma zachować, czego mu nie wolno a co pozwolono. Nie kończy się tu na radzie, przestrodze, lub zakazie, lecz na czujném i nieustającém pilnowaniu i nadzorowaniu przez dyrektora. Najdokładniejsza kontrola w rzeczach najdrobniejszych prowadzi do tego, że każdy chory, mimo różnicy usposobienia swojego, z jakiém do zakładu przybywa, staje się powolnym, rozumnym, metodycznym pacyjentem. Wyznaję, że nigdy w życiu nie odniosłem tak miłego, a zarazem bardziéj swojskiego wrażenia z towarzystwa, jak z towarzystwa w Fürstenhofie.

Zakład Cz. stał się od roku 1873 zakładem polskim, który przyjmuje gościnnie obcych, jeśli swoi znaleźli już pomieszczenie. Zakład cieszy się opieką znakomitości lekarskich polskich. Lecz niemniéj obcy wysoką przykładają wartość do jego działalności, urządzenia i prowadzenia.

Rozrywek zdrowiu nie szkodliwych nie brak w zakładzie. Sama przyroda nagromadziła w miejscu i w okolicy najbliższéj i dalszéj tyle piękności, rozmaitości i życia, że sam pobyt w pośród tego bogactwa przyrody, wystarcza niejednemu i nie w jednéj chwili do ukojenia, podniecenia i rozerwania umysłu. Są tu jednak i zabawy towarzyskie: oprócz czytelni i biblioteki dobrze opatrzonéj bywają tu zabawy wieczorne z tańcami lecz bez toalety balowéj, która jest jak najmocniéj zakazana; grywa się tu w gry towarzyskie z całkowitém wykluczeniem gier hazardowych raz na zawsze i bez wyjątku; jest tu tok gimnastyczny i kręgielniany, jest bilard, są prześliczne spacery, wycieczki w pobliskie góry, miasta i miasteczka, urządzane niekiedy w towarzystwie mającém na czele dyrektora.

Utrzymanie stosunków ze światem łatwe i na zawołanie: telegraf, poczta, kolej w odległości pięciu minut od zakładu.

Koszta pobytu w zakładzie: mieszkanie tygodniowo za pokój od 7 zlr. do 14 zlr. a. w.; za stół dla dorosłych 14 zlr., dla dzieci od 7 do 10 zlr. 50 c., dla służby 7 zlr. tygodniowo; za kąpiele, z wyjątkiem koców i bielizny kąpielowéj, tygodniowo 4 zlr. 20 ct., na służbę razem tygodniowo 2 zlr. 50 ct.; na utrzymanie spacerów jednorazowa opłata w kwocie 4 zlr., oraz utrzymanie kasyna 1 zlr. tygodniowo. Dyrektor czyni w rachunkach ulgę dla rodzin, które dłuższy czas przebywają w zakładzie i dla osób mniéj zamożnych.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 5 grudnia. J. Ekscelencyja p. Namiestnik zamianował Dra Józefa Merunowicza koncepistą sanitarnym przy Namiestnictwie galicyjskiém.

Spodziewamy się, że teraz gdy dosyć ważna ta posada dostała się lekarzowi wszechstronnie wykształconemu i znanemu z prac swoich naukowych, nauka i literatura nasza wynosić będą jakieś korzyści z materyjału urzędowo-lekarskiego, groma-

dzącego się w Namiestnictwie, przynajmniéj pod względem statystyki lekarskiéj.

* Zwracamy uwagę na ogłoszenie tyczące się Rocznika Medycyny Polskiéj. Począwszy od dnia 15 bm. egzemplarzy oprawnych nabywać można w Administracyi naszéj albo w księgarni p. Krzyżanowskiego; spodziewamy się, że książka ta tańsza od wydawnictw niemieckich, u nas tak rozpowszechnionych, a przewyższająca ostatnie objętością i treścią, znajdzie liczny pokup pomiędzy kolegami naszymi.

* Na posiedzeniu miejskiéj komisyi sanitarnéj w d. 2 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera odbytém 1) Dr. Korczyński interpelował *a*) względem instrukcyi dla nowéj rzeźni, *b*) w sprawie nadzoru nad ambulatoryjum utrzymywaném przez Siostry Miłosierdzia na Kleparzu; (uchwalono potrzebę zaprowadzenia nadzoru ze strony urzędu lek. miejskiego), następnie wniósł delegowanie 2 lekarzy szpitalnych celem rozpatrzenia się na miejscu, czy potrzeba i należy udzielać nadal subwencyi szpitalowi Braci Miłosierdzia na Kazimierzu, (obrano Drów Pareńskiego i Obalińskiego); 2) sekretarz przedłożył prośbę grabarzy o udzielenie im wynagrodzenia za pracę koło ekshumacyj i pomoc przy sekcyjach; na wniosek Dra Korczyńskiego uchwalono zawezwać magistrat, aby przypomniał władzom sądowym dawny zwyczaj wynagradzania grabarzy z funduszów sądowych; 3) Dr. Blumenstok podnosi fakt wystawienia zwłok niewiasty w trumnie otwartéj w kaplicy kościoła św. Krzyża wbrew zapadłéj w téj mierze uchwale komisyi; po dłuższéj dyskusyi uchwalono wyrazić magistratowi ubolewanie komisyi, że pomimo otwarcia nowego a pięknego domu przedpogrzebowego toleruje się dotąd zwyczaj wystawiania zwłok po kościołach; 4) przyjęto opinię odmówną Dra K. Grabowskiego w sprawie założenia nowéj apteki na Kleparzu; wreszcie 5) przyjęto wnioski Dra Janikowskiego w sprawie ogrzewalni.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 45 (od 3 — 9 listopada włącznie) umarło w Krakowie osób 41; męż. 19 i kob. 22; w obwodach 33 osób i w szpitalach 8; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 38,1; we Lwowie 28,2; w Warszawie 29,7; w Poznaniu 19,6; w Wiedniu 28,0; w Budapeszcie 31,9; w Pradze 27,4; w Tryjeście 28,5; w Berlinie 23,4; w Wrocławiu 25,3; w Monachijum 33,7; w Dreznie 21,8; w Bazylei 15,7; w Paryżu 22,8; w Londynie 23,2; w Kopenhadze 17,5; w Chrystyjanii 19,0; w Petersburgu 32,2; w Odessie 46,5; w Wenecyi 30,8; w Bukareszcie 29,3; w Barcelonie 21,0. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 3 osoby, mianowicie: 1 z płonicy, 1 z dławca i 1 z krztuśca.

* **Warszawa.** Uniwersytet warszawski zamierza zaprosić prof. Nenckiego na katedrę chemii lek. opróżnioną po śmierci Dra Fudakowskiego. Tymczasowo wykłady chemii lek. powierzono prof. Nawrockiemu.

* **Wiedeń**. Wdowie po śp. Rokitańskim przyznał N. Pan pensyję w kwocie 1200 zła. rocznie, zamiast należących jéj się 600 zła.

* **Niemcy**. Znakomite w swoim czasie pismo lekarskie *Archiv der Heilkunde*, wydawane przez Wunderlicha, a późniéj przez Wagnera, przestało wychodzić dla braku abonentów. Nic dziwnego, skoro rok rocznie nowe powstawają czasopisma lekarskie.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Hegar we Fryburgu otrzymał tytuł radzcy tajnego. — Prof. Heinecke w Erlandze zamianowany został lekarzem jeneralnym 2iéj klasy armii bawarskiéj. — Prof. Quincke w Bernie szwajc. mianowany został prof. kliniki lek. w Kielu a zarazem członkiem kolegijum lek. prowincyi szleswicko-holsztyńskiéj.

* **Epidemije**. Ospa szerzy się w Radomiu, w gubernii kaliskiéj i piotrkowskiéj, płonica w gubernii płockiéj.

Redakcyja otrzymała:

Rocznik Medycyny Polskiéj, wydawany staraniem i nakładem Dra J. Rogowicza, redaktora „Medycyny." Rok I. 1879. Warszawa, w 16ce. Część I. (zawiera „Przegląd roczny piśmiennictwa lek. pols." od 1 lipca 1877 do 1 lipca 1878) str. 200. Część II oprócz dziennika na rok 1879 tekstu str. 72.

Piśmiennictwo lekarskie. BOURNEVILLE et F. REGNARD. Iconographie photographique de la Salpêtrière (service de M. le professeur Charcot) Tome I. Hystéro-Epilepsie. Attaques. In 4 avec 40 photographies. Paris. Delahaye. Fr. 30.

De CHAUMONT F. Hygiene in Civil and Military Life. Illustrated. 5 ed. London sh. 18

DERBLICH. W. Die simulirten Krankheiten d. Wehrpflichtigen. gr. 8. Wien Urban et Schwarzenberg. M. 4.

DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clinique thérapeutique, recueillies et publiées par Carpentier-Mericourt fils. 1 fascicule. Traitement des maladies du coeur et de l'aorte. In 8. Paris. Doin. Fr. 5.

DURET H. Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. T. I. In 8vo avec vignettes et 19 pl. Paris. Delahaye. Fr 15.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 14 grudnia 1878. № 50. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Przyczynek do patologii zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle kiłowém.

Skréślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

Przypadki zmian chorobowych w tchawicy na tle kiłowém, w szczególności zaś większe owrzodzenia i następowe zwężenia samejże tchawicy lub oskrzeli większych, należą w ogóle do rzadkości w literaturze lekarskiéj, do tego stopnia, że każdy przypadek tego rodzaju, zwlaszcza gdy zawiera szczegóły przebiegu klinicznego choroby, zasługuje na baczną uwagę i na ogłoszenie, gdyż dopiero na podstawie licznéj kazuistyki można postawić pewne umiejętne prawidła tak pod względem diagnostycznym jak i terapeutycznym tego niezwykłego cierpienia.

Jeżeli przedewszystkiém uwzględnimy literaturę traktującą obszerniéj o tym rozdziale syfilidologii, to nie możemy żadną miarą nie przyznać pierwszeństwa nader zajmująco napisanéj monografii Dra Alfreda Reya: *Etude sur la Syphilis Trachéale. Paris 1874.*

W pracy wspomnianéj znajdujemy 6 historyj chorób dokładnie i obszernie skréślonych, z których 2 zawdzięczamy własnéj obserwacyi autora. W dodatku na końcu monografii zamieszczonym przytacza jeszcze autor 9 przypadków wziętych z literatury francuskiéj, angielskiéj i niemieckiéj, a więc razem zestawia autor przypadków 15 owrzodzeń i zwężeń tchawicy. Pierwszym z autorów, któremu zawdzięczyć należy spostrzeżenie zwężenia tchawicy na tle kiłowém, był Worthington (*Medicochirurgical Transact.* tom XXV. Londyn 1842.), a w lat kilkaście dopiero po nim, bo w r. 1859 skréślił na podstawie jego i swych 2 własnych obserwacyj Charnal (*Des rétrécissements cicatriciels de la trachée. Thèse de Paris 1859.*) kilka uwag o zwężeniu tchawicy skutkiem zbliznowaceń. W tym samym zakresie pisali późniéj Virchow, Russel, Bolton, Civet, Foerster, Boeckel, Wilks, Lancereaux, Rollet i inni.

Rey wykazuje w swéj cennéj monografii, iż zmiany kiłowe tchawicy mogą wystąpić u osób w wieku młodocianym lub też dopiero w późnéj starości, już to w kilka miesięcy po pojawieniu się kiły pierwotnéj (w 1 przypadku w 9 miesięcy po wrzodzie stwardniałym), lub też dopiero w jakie 9 lub 10 lat po pojawieniu się wrzodu stwardniałego. Zazwyczaj u osób nagabniętych tak ciężkiém cierpieniem tchawicy można było z całą stanowczością stwierdzić wybitne, nieraz nawet wcale ciężkie objawy przebytéj kiły drugo- i trzeciorzędnéj, poprzedzały więc kłykciny sączące w połyku, silne bóle głowy, ropienia kości, owrzodzenia itp. Owrzodzenia w tchawicy zdarzają się w przebiegu tylko kiły t. zw. trzeciorzędnéj, należą więc do objawów kiły późnych, mogą jednak być pierwszemi, niejako przejściowemi objawami zmian głębszych na tle kiłowém powstałych *(accidents de transition)*. Rzadko wprawdzie, ale przecież zdarzają się owrzodzenia kiłowe tchawicy w przebiegu kiły dziedzicznéj. Rzadko również cierpienie tego rodzaju dotykające tchawicę zdarza się w przebiegu kiły łagodnéj; zazwyczaj u osób tego rodzaju można wyśledzić oznaki zmian cięższych powstałych w innych już poprzednio narządach. Owrzodzenia kiłowe tchawicy powstałe skutkiem rozpadu kilaków *(gummata)* zajmują nieraz znaczną przestrzeń wewnętrznéj powierzchni tchawicy (od 7 — 28 mm.), a siedzibę ich stanowi zazwyczaj, bo w $^3/_4$ częściach przypadków, dolny odcinek tchawicy tuż po nad rozdzieleniem się jéj na oskrzela. Rzeczą jest arcyważną i ciekawą, że równocześnie z tchawicą ulega krtań zmianom kiłowym nader rzadko, podczas gdy oskrzela w trzeciéj części przypadków wraz z tchawicą uczestniczą w tém groźném cierpieniu. Co do samych oskrzeli, to częściéj lewe niż prawe (5 : 3) ulega zwężeniu, a w jednym przypadku światło oskrzela lewego zostało zwężone do 2 mm. Co do objawów klinicznych, jakie przedstawiają chorzy dotknięci tém zazwyczaj śmiertelném cierpieniem, skréśla je autor wspomniany w sposób następujący: Najczęściéj choroba występuje pod

postacią objawów podstępnych. U chorego, który zapomniał nieraz już o kile przebytéj lub wprost przeczy, aby miał być kiedy tą chorobą dotknięty, pojawia się nieżyt oskrzelowy połączony z sapką. Chory lekceważy sobie zazwyczaj to cierpienie i dopiero wtenczas zgłasza się z prośbą o pomoc lekarską, kiedy cierpienie jego zrazu nieznaczne przybiera formę niezwykłą, bo łączy się z dusznością i kaszlem pobudzającym do wyrzucania plwocin w ilości nader skąpéj. Oddychanie staje się coraz to trudniejszém, głos słabnie i nabiera cechy chrypliwéj, a napady duszności pojawiają się coraz to częściéj przy ruchach nieco szybszych, przy kaszlu lub po wzruszeniach. Chory nie może spać, oddycha siedząc *(orthopnoë)*, rysy jego zdradzają niepokój, znużenie, tętno staje się szybszém, twarz sinieje, odnogi są zimne przy dotknięciu, a smutny koniec zbliża się zwolna wśród coraz bardziéj wzmagającego się charłactwa, lub też co częściéj się zdarza, chory kończy nagle w nocy podczas napadu gwałtownéj duszności. W niektórych przypadkach (4 : 14) skarżą się na dość mocny ból po za górnym odcinkiem mostka, mówiąc, że czują jak gdyby w owém miejscu ranę lub ciało obce zawadzające im przy oddychaniu, a raz nawet w przypadku opisanym przez Andrala chory bardzo trafnie zeznawał, że ma uczucie, jakoby tylko jedném płucem oddychał i w istocie cierpiał na zwężenie jednego oskrzela. Przy rozpoznaniu opisywanego cierpienia, które nieraz może być wcale trudném, należy mieć na uwadze następujące okoliczności: 1) Należy wykluczyć wszelkie cierpienia wywołujące przeszkody w oddychaniu i sprowadzające napady duszności, jakoto: choroby serca, znaczne wypociny opłucnowe, napady astmy, polipy usadowione w polyku, nowotwory szyi uciskające krtań lub tchawicę, do których przedewszystkiém zaliczyć należy tętniaki aorty, obrzęki gruczołów limfatycznych szyi i oskrzeli, tumory gruczołu tarczykowego, ropnie na szyi, torbiele, a wreszcie nowotwory wyrastające z wewnętrznéj powierzchni klatki piersiowéj. 2) Wziernik krtaniowy powinien wykryć wszelkie zboczenia krtani i rozstrzygnąć, czy na ich karb należy policzyć zmiany chorobowe dostrzegane u chorego. Należy więc zwrócić uwagę, czy nie ma polipów lub innych nowotworów krtani, lub też owrzodzeń, obrzęku błony śluzowéj itp. Przed kilku laty Trélat podał następujące rozpoznanie wyróżniające objawy zwężenia krtaniowego od zwężenia tchawicy i oskrzeli: Zwężenie krtani może wystąpić nagle lub też po okresie niejako zwiastunowym, w którym chory cierpi na bezgłos *(aphonia)* z bolami nieraz w okolicy krtani, trudnością przy przełykaniu, i wyrzuca przy kaszlu plwociny śluzowe lepkie. Napady duszności z charczeniem tchawicy i krtani pojawiają się późno, a wówczas wziernik krtaniowy pozwala wprost rozpoznać cierpienie. Przeciwnie zwężenie tchawicy i oskrzeli nie pojawia się nigdy nagle. Poprzedza je zawsze długi okres zwiastunowy cechujący się większym lub mniejszym stopniem duszności, która pojawia się w odstępach czasu nieregularnych i jużto się wzmaga, jużto się zmniejsza. Chory nigdy nie uskarża się na bole w okolicy krtani, zazwyczaj kaszle wyrzucając plwociny śluzowe okazujące nieraz prążki krwi. Kiedy się cierpienie wzmaga, napady duszności są niemal ustawiczne, a towarzyszą im piski i charczenie w krtani i tchawicy. Głos pozostaje prawidłowym aż do skonu lub jeżeli ulega jakim zmianom, to zawsze ma cechę szmeru głosowego *(bruit vocal)*, a nie można zauważyć nigdy bezgłosu. Wziernik krtaniowy wykazuje zawsze krtań prawidłową, a czasem można z pomocą jego wykryć zwężenie tchawicy. Czasem nakoniec można za pomocą obmacania wykryć deformacyję tchawicy, obniżenie i nieporuszalność krtani.

Chociaż niektóre szczegóły podane przez Trélata nie zasługują na tak wielką rolę, jaką im ten autor przyznaje, to jednak umyślnie przytoczyłem jego zdanie jako cechujące nieraz wcale dobrze wybitniejsze przypadki zwężenia tchawicy. Zawsze jednak główny nacisk położyć należy w każdym razie na badanie wziernikowe krtani i tchawicy, w razie zaś rozcięcia tchawicy na badanie jéj palcem i zgłębnikiem kauczukowym.

Co do badania płuc za pomocą przysłuchiwania, to szmery oddechowe są zazwyczaj pokryte szmerami i piskami wytwarzającemi się w tchawicy i krtani, a wypukiwanie w razie niepowikłania z innemi cierpieniami płuc wykazuje odgłos jawny i pełny i zazwyczaj pełniejszy niż w stanie prawidłowym, ponieważ zwężeniom tchawicy towarzyszy rozedma płuc. Auskultacyja oddaje znakomite usługi w przypadku znacznego zwężenia oskrzela jednego, gdyż w płucu odpowiedniém nie można wykryć szmerów oddechowych.

Pod względem zabiegów terapeutycznych należy postawić na pierwszém miejscu lekowanie przeciwkiłowe za pomocą przetworów rtęciowych i jodowych.

W przypadkach ścieśnienia tchawicy, które powstało czyto przez ropne oddzielanie się chrząstek, czy też z powodu blizny po wrzodach kiłowych, robiono prawie we wszystkich przypadkach obszerniéj opisanych przez Reya rozcięcie tchawicy, poczém założono bardzo długą kanulę zwłaszcza w przypadkach tych, w których badanie palcem wykazywało ścieśnienie światła tchawicy w dolnéj jéj połowie. Pomimo jednak nader energicznéj terapii w większéj części przypadków następowała śmierć, a oględziny wykazywały znaczne owrzodzenia z oddzielaniem się chrząstek pierścieniowych tchawicy zatykających nieraz jéj światło, lub też zwężenie znaczne tchawicy skutkiem blizn powstałych po zagojeniu się wrzodów kiłowych. Oczywiście blizny te groziły tém większém niebezpieczeństwem, im siedziba ich była bliższą rozdzielenia się tchawicy na oskrzela, gdyż w przypadkach zwężenia wejść do oskrzeli żadna tracheotomia, ani długa kanula stałéj ulgi, a tém mniéj wyleczenia sprowadzić nie mogła, a następowała tylko chwilowa ulga, chory bowiem mógł z większą łatwością wykrztuszać śluz zapychający zwężony przestwór tchawicy albo oskrzeli, już to dlatego, że droga dlań przez ranę tchawicową była krótszą, niż w stanie przedoperacyjnym, a nadto śluz niepotrzebował się przeciskać przez naturalną cieśninę w postaci krtani, już to z drugiéj strony z téj przyczyny, że powietrze zewnętrzne działając przez kanulę wprost na nerwy czuciowe tchawicy w drodze odruchu wywoławo prędzéj krztuszenie się i uwalnianie dróg oddechowych z zalegającego śluzu w obrębie owrzodzeń lub zbliznowaceń.

Trafne uwagi powzięte z monografii Reya winienem jeszcze uzupełnić pod względem patologicznym i diagnostycznym na podstawie rozpraw zamieszczonych w najświeższéj literaturze lekarskiéj, a w tym względzie z pomiędzy licznego zastępu rozpraw i dzieł piśmiennictwa niemieckiego nie mogę żadną miarą pominąć zbioru Ziemssena, a w nim ustępu o ścieśnieniu tchawicy i oskrzeli opracowanego piórem Riegla, znanego z pięknych i gruntownych prac na polu chorób wewnętrznych. Rozprawa jego, oparta na literaturze obszernie na wstępie rozdziału przytoczonéj a obejmującéj wszystkie źródła aż po rok 1873, zasługuje na baczne uwzględ-

dnienie i z tego też powodu winienem pokrótce dotknąć ważniejszych punktów odnośnie do przypadku na klinice naszéj obserwowanego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Tayuya jako środek przeciwzołzowy i przeciwkiłowy.

podał Dr. J. Chądzyński,
prymaryjusz w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Według podań włoskich lekarzy (Faraoni, Veladini, Baroni itd.), nastój tayuyi miał prędko, pewnie i łatwo usuwać zewnętrzne objawy, niezwykle łagodzić przebieg i następstwa ciężkich dwóch cierpień, tj. zołzów i kiły. Z uniesieniem sławiono zbawienne skutki téj rośliny brazylijskiéj, z rodziny *Cucurbitaceae, (dermophyla pendulum)* sprowadzonéj przez Ubicciniego włoskiego podróżnika, rośliny używanéj na miejscu przeciw różnorodnym objawom kiły i zołzów. W *Central Zeitung* Nr. 54, 1877 Gallosi przytacza historyję trzech chorych z wysypką plamistą lub guziczkową, również dwie historyje chorych z owrzodzeniami zołzowemi na twarzy, u których przy użyciu 7 kropli nastoju tayuyi wewnętrznie a roztworu zewnętrznie (4 na 170) wszelkie objawy zewnętrzne usunięte zostały.

Pirocchi w grudniu 1877 (*Jour. ital. de mal. vener.*) opisuje 4 przypadki wrzodu żrącego wyleczone w 8—10 dniach przy używaniu tayuyi w stosunku 1:4 lub 1:3 wody, przeciw którym rozczyn srebra, siarkan zynku, żelaza żarzące nieskutkowały, i 2 przypadki owrzodzeń zołzowych u chorych wycieńczonych, wyleczonych w 10 do 20 dniach wstrzykiwaniami jednogramowemi i użyciem 20 do 30 kropli nastoju tayuyi.

Têm więcéj zasługiwałaby na pierwszeństwo tayuya, ile że oprócz pierwiastków gorzkich, olejku lotnego, części organicznych, żelaza itd. nie zawiera w sobie ani jodu ani rtęci, przeto w ciężkich przypadkach, przeciw którym już używano tych dwóch środków, a chorzy znieść już ich nie mogli, wtedy użycie skuteczne niewinnéj tayuyi przybrałoby znaczenie niezmiernéj doniosłości w leczeniach zołzów i kiły.

Atoli cóż dziwnego, że każdy lekarz chcący osiągnąć podobne dobrodziejstwa dla swoich chorych jął się tak zachwalonego środka mającego pobudzać apetyt, czynności skóry, być niebolesnym, przeciwgnilnym, zmniejszającym ropienie, przyspieszającym zabliźnienie, przewyższającym w tym względzie nawet żarzące żelazo w przypadkach wrzodu żrącego. Niestety już przy końcu 1877 r. Tantorini w Neapolu zaczyna powątpiewać o wartości leku, używanego nawet w dużo silniejszym rozczynie, bo nie 1:42 ale 4:30, a gdy chory w 40 dniach wyżył kropli 1052 ważył o 2 kilogramy mniej i musiał wcieraniami w 18 dniach pozbyć się wrzodu twardego i wysypki guziczkowéj. Zeissl u 4 chorych przychodzi również do wniosku wątpliwéj wartości tayuyi. Nieco później (Nr. 26 *Medycyny)* spostrzeżenia sumiennego nieuprzedzonego badacza, lekarza św. Łazarza Dra Klinka, wykazują na 5ciu chorych (5 kob., 1 męż.), że ani krople, ani codzienne wstrzykiwania podskórne (cała strzykawka Pravaza) skutku widocznego nieokazały, oprócz pozornego polepszenia, albowiem świeże wysypki pojawiały się równocześnie podczas używania leku niby swoistego.

Dla dobitnego przekonania się, wykazania stanu rzeczy, stwierdzenia rzeczywistéj wartości tayuyi użytéj przeciw dwóm chorobom dobrze znanym ze swéj złośliwości, uporczywości stawionéj przeciw wszystkim środkom używanym na podstawie najwięcéj racyjonalnego lecznictwa, popartego dyjetą, higijeną, dla sprawdzenia wrzekomo cudownych skutków tayuyi wybrałem kilku chorych równocześnie cierpiących na objawy kiły i zołzów, przeto sądzę najwłaściwiéj się kwalifikujących do użycia tayuyi, czyli zupełnie wchodzących w zakres działania tego leku. Na dowód przytaczam streszczone historyje chorych:

1) Zofija Sz. 24 lat, wolna, wyrobnica, przybyła 13/3 1878, cierpiała na przewlekły nieżyt pochwy i macicy (*in individuo scrophuloso et luetico*) i przedtém w 1876 była u nas od 11/11 do 10/12 dla takiego samego stanu; wtedy dla przerostu gruczołów szyjnych i karkowych zastósowano 6 wstrzykiwań kw. karbol. ($^2/_{100}$). W 1877 przybyła 7/2 z drugorzędnym objawem kiły (*Condylomat. ad lab. maj. roseol. papul. totius corpor., adenit. univer. in individ. scrophul.*), wyszła 13/4, używszy 7 wcierań 2 gram., nadto jodu wewn. i zewn. 0·5. Przybyła znów 1/5 ze skąpą lekką wysypką guziczkową (*ros. papul. dispersa, blen. subacuta*) przebyła ospę, pozbyła się wysypki i wyszła 22/6; będąc w najgorszych warunkach higijenicznych powraca 23/10 z kłykciną owrzodziałą, bawi do 14/2. Obecny stan jest następujący: Na wardze górnéj dość znaczne pęknięcie w głąb miąższu sięgające, takie samo pęknięcie w zetknięciu się prawego skrzydła nosa z górną wargą i na obu rogówkach rozległe plamy ścięgniste (*leucoma*), twarz pokryta licznemi dołkami ospowemi a na szyi rozległe liczne blizny po ropniach zołzowych; po lewéj stronie szyi tuż za kością podszczękową gruczoł wielkości $2^1/_2$ cm., drugi tuż za nim ułożony, téj saméj wielkości, w dole zaś kilka mniejszych gruczołów, z których największy dochodzi do rozmiarów dużéj fasoli; po prawéj stronie szyi gruczoł wielkości $5^1/_2$ cent., pod nią zaś ku tyłowi trzy gruczoły wielkości orzechów i kilka znacznie mniejszych. Wszystkie gruczoły są twardawe, niezbite, przesuwalne, tj. niezrośnięte z otoczeniem, z wyjątkiem największego gruczołu po stronie prawéj. Gruczoły łokciowe mało zajęte, pachwinowe stosunkowo bardzo lekko, nieco silniéj po stronie lewéj; do 29/3 chora zażyła 120 kropli, wtedy oba pęknięcia ust wydają się nieco mniejsze, pokryte strupkami, pęknięcie prawego skrzydła nosa zagojone, na twarzy, czole, rozsiany trądzik (*acne*). Gruczoły w ogóle bez zmian; objawów podmiotowych żadnych po używaniu kropli. Do 2/6 chora wyżyła 1270 kropli. Odżywianie niewątpliwie lepsze, stan niedokrewności mniejszy, gruczoły względnie nieco zmalały, pęknięcie warg się utrzymuje, trądzik słaby na twarzy. Ponieważ w ciągu blisko półtrzecia miesiąca wikt lepszy, regularny, mógłby był te zmiany wytłumaczyć, przeto zalecono wodę jodową ($^1/_{1000}$), łyżek 2 i nastój jodu $^1/_{100}$. Wychodzi chora 12/6, pęknięcie ust (*rhagas*) zagojone, gruczoły podszczękowe i szyjne jakkolwiek jeszcze na oko wyraźne, nie zajmują $^1/_3$ części pierwotnych rozmiarów, czyli w 10 dniach po użyciu 0,150 czystego jodu uzyskano 3 razy więcéj niż w przeciągu blisko 3 miesięcy przy używaniu nastoju tayuyi.

2) Zofija P., virgo intacta, lat 18, wolna, córka wyrobnika, przybyła 14/4 z liszajem żrącym nosa i warg. Po raz pierwszy jest w szpitalu, ojciec zdrów i żyje, nie miał żadnéj choroby skórnéj, matka umarła, rodzeństwa było 8, zmarło 4 z tych, najmłodszy miał mieć 25 lat, żyją jeszcze 2 siostry i brat, zdrowi. Sama była zdrowa do 10go roku

życia swego, wtedy pryszczyk na końcu nosa rozszerzając się zniszczył nos, przegrodę nosową do kości. Dość dobrze odżywiona, nieco niedokrewna, przedstawia chora na twarzy naciek owrzodziały zajmujący skórę pozostałą na brzegach zniszczonych skrzydeł, część przyległą obu policzków, całą górną wargę, która jest w trójnasób zgrubiałą, bliznowatą. Owrzodzenie przegrody sięga do kości, które okruchami odpadły; owrzodzenie to zajmuje całą bł. śluzową nosa, i górnéj wargi widocznie nacieklą małemi guzkami; z téj przyczyny otwory nosowe są węższe i górna warga zgrubiałą, po dawniejszym nacieku owrzodziałym bliznowatą. Rozrzucone po całém ciele blizny wielkości $^1/_2$ centa świadczą o przebytych owrzodzeniach zolzowych. W ogóle wszystkie gruczoły ciała obrzękłe, w szczególności zaś znajdujemy na granicy m. sutko-mostko-obojczykowego z obu stron gruczoły wielkości grochu, miękkie, lekko przesuwalne; za szczęką po prawéj stronie dwa gruczoły wielkości orzechów, pod szczęką również dwa takie gruczoły i za lewym kątem żuchwy gruczołów trzy jak orzeszki laskowe; przed żwaczem gruczoł jak fasola, pod brodą 3 gruczoły mniéj więcéj wielkości grochu.

Do 25/5 chora zażyła 615 kropli; widoczna zmiana w ogólnym stanie w tém się zawiera, że przy używaniu pędzlowania tayuyą i tranu zewnętrznie górna warga jest nieco mniéj nacieklą, mniéj czerwoną; objawów podmiotowych żadnych, chora chyba nieco na zatwardzenie cierpi, co można tłumaczyć brakiem ruchu i pożywniejszém jedzeniem. Prawie w dwóch miesiącach od 14/4 do 6/6 chora wyżyła 1108 kropli; brak korzystnych skutków naklania do zastąpienia tayuyi wodą jodową i zewnętrznie tinct. jodi z gliceryną $^1/_{100}$.

Chora 12/7 wychodzi na żądanie rodziców po wyżyciu 108 łyżek wody jodowéj, tj. 1.60 czystego jodu i w tym jednym miesiącu gruczoły karkowe, szyjne i podszczękowe niewątpliwie zmiękły i o $^1/_3$ część zmalały, objawy niedokrewności prawie usunięte, wejrzenie ogólne pomyślne, na policzkach i nosie, wszędzie skóra wolna, przesuwalna, prawie zabliźniona.

3) Anastazyja Kop. 12 lat, córka gospodarza, przybyła 8/2 i zażyła przeciw objawom kiły późniéj do 2/6 bez widocznych zmian 1422 kropli tayuyi, potém zastósowano wewnętrznie wodę jodową $^1/_{2000}$, zewn. tinct. jodi z gliceryną $^1/_{100}$ Matka odebrała dziecko 28/6, u którego na miejscu owrzodzeń pozostało tylko kilka guzków na twarzy. W 26 dniach więcéj osiągnięto dwoma decigramami czystego jodu, niż w czterech miesiącach przy użyciu tayuyi.

4) Justyna J., virgo intacta; 16 lat, wolna, szwaczka, zażyła przeciw późnéj kile do 5/6 od 1/3 kropli nastoju tayuyi 1776; ponieważ zmiany miejscowe były mało znaczące, zastąpiono krople co drugi dzień wstrzykiwaniami podskórnemi (cała strzykawka Pravaza); takich użyła jedenaście, po nich ból znaczny nieraz trwał 48 godzin i więcéj, wszelako nigdy nie przyszło do stanu zapalnego miejsca obrzękłego z przyczyny ukłócia i obecności cieczy nasyconéj wyskokiem; ponieważ i ten rękoczyn widocznych zmian nie sprowadzał, chora od 26/7 zażywała 4 łyżki wody jodowéj $^1/_{2000}$, zewnętrznie zastósowano tinct. jodi z gliceryną $^1/_{100}$; 15/8 z przyczyny pozostałych lekkich owrzodzeń na przegrodzie nosowéj zalecono szary plaster i stopniowo od pół łyżki do 2 łyżek hydrarg. trijodati $^1/_{500}$ i maść rtęciową białą $^1/_{20}$. Chora wychodzi 23/9 z przegrodą nosową zupełnie zabliźnioną a naciek na skórze nosa objawia się tylko lekkiém zaczerwienieniem. Skóra sama zupełnie ruchoma. Taki był skutek jednego grama dwujodku jodowego rtęci, dwóch gramów 62 miligr. czystego jodu i zewnętrznego leczenia, podczas gdy w przeciągu blisko półpięta miesiąca przy użyciu cierpliwém tayuyi nic nie uzyskano.

Mamy więc dotąd prawie wszystkie formy zakażenia kiłowego i obrażeń zołzowych, przeciw którym darmo używano tayuyi:

1) przypadki wrzodu twardego (Gallosi, Zeissl, Klink.)
2) „ wysypki plamistéj (Gallosi, Tantorini, Zeissl, Klink.)
3) „ „ guziczkowéj (Gallosi, Tantorini).
4) „ kłykcin płaskich (Klink).
5) „ wysypki guziczko-pryszczowéj (Klink).
6) „ „ gruzłowatéj (Klink).

Daléj moje spostrzeżenia:

7) „ liszaja żrącego (1108 kropli).
8) „ późnéj kiły (1428 i 1776).
9) „ przerostu zolzowego gruczołów (krople i jedynaście wstrzykiwań, 1200 kropli).

Jeżeli do swoich spostrzeżeń mógł Dr. Klink następujące uwagi dołączyć, „że co do wysypek plamistych i gu„ziczkowych tayuya okazała się tak w kroplach, jak w wstrzy„kiwaniach wcale nieskuteczna, a tylko w guzkowatéj wy„sypce, jeżeli owrzodzenia oczyściły się a nawet niektóre się „zabliźniły, to czas na to był za długi i kilka wcierań ma„ści rtęciowéj niezawodnie prędzejby były te zmiany ku „lepszemu skierowały, i przypuszcza, że osiągnięte skutki przez „lekarzy włoskich więcéj może od klimatycznych warunków zależały,“ na co się łatwo zgodzić można; — jeżeli Sigmund (*Wien. med. Woch.* Nr. 36) uważa tayuyę jako środek drogi, pozornie pomagający w łagodnych formach nieraz wyleczalnych bez żadnych lekarskich środków: to dla mnie wprawdzie drogość tayuyi przy kiedyś może stwierdzić się dającéj skuteczności leku, zależącéj od prawdziwego pochodzenia rośliny i jéj dobrego wyrobu, nie byłaby powodem do nieużywania tego środka; wiadomo bowiem, że mnogi odbyt jakiegobądź przedmiotu oddziaływa na koszta wyrobu i obniża takowe, — ale po bezskutecznych próbach czynionych jak sądzę w najpomyślniejszych warunkach dla przechwalonego środka, bo czynionych przeciw objawom zolzowym równocześnie i kiłowym, muszę stanowczo oświadczyć, że nieprzyznaję żadnéj prawdziwie swoistéj leczniczéj wartości tayuyi używanéj nawet w największych dawkach, czy to w kroplach, czy w wstrzykiwaniach podskórnych, i muszę ostrzedz kolegów, aby nie oczekiwali tego, czego dotrzymać nie może tayuya braci Ubiccini sprowadzona z Medyjolanu przez Haubnera w Wiedniu, firmę dobrze znaną, ręczącą za prawdziwość przesłanego leku.

III. Oceny i sprawozdania.

O przewłocznéм zapaleniu płuc podług Charcota. Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

Powrotność zapalenia płuc należy do faktów stwierdzonych i są osoby posiadające wybitną do powrotów skłonność, i tak Andral spostrzegał jednego człowieka, u którego zapalenie płuc powtórzyło się 15 razy w ciągu 11 lat, Chomel przytacza 10 powrotów, Frank 11, Rust 28 u jednego osobnika. Dziecko spostrzegane przez Ziemssena przebyło w ciągu 5 lat 4 razy zapalenie dolnego lewego

płatu, a raz jeden płatu górnego po stronie prawéj. Przerwy dzielące powroty są dosyć długie, i wynoszą podług Foxa 3—5 lat, lecz zdają się skracać w miarę częstości powrotów, w rzeczywistości jednak powrotność zapalenia płuc byłaby spostrzeganą o wiele częściéj, gdyby istniała możność kontrolowania w tym kierunku chorych. Nic dziwnego, że Charcot mógł częściéj czynić podobne spostrzeżenia, gdyż stoi on na czele zakładu Salpêtrière, gdzie chorych przez długi szereg lat nie spuszcza z oka. W wykładach swych wspomniał on o dwóch przypadkach powrotności zapalenia płuc, godnych uwagi tak ze względu na liczbę powrotów jak i dlatego, że badanie pośmiertne zostało uskutecznioném; pierwszy z tych przypadków tyczy się 76-letniego starca, który w ciągu 6-letniego pobytu w Salpêtrière uległ 8 napadom zapalenia płuc, z których 7 miało miejsce w płucu lewém. Oględziny pośmiertne wykazały w płucu lewém zływkowacenie jego miąższu, miejscami czerwone, miejscami szare, zrosty opłucnowe, oraz zwątrobienie szare w skutek ostatniego napadu, płuca prawego. Drugi przypadek przedstawia wiele tożsamości z poprzedzającym; 80-letni starzec przebył w ciągu 4-letniego pobytu w Salpêtrière 4 powroty zapalenia płuc, z których trzy miały miejsce po stronie prawéj, a jeden po lewéj; oględziny pośmiertne wykazały zływkowacenie szare w szczycie płuca prawego, wysięk opłucnowy otorbiony z tejże strony, oraz zływkowacenie czerwono-szare w płucu lewém.

Zastanowiwszy się nad sprawą chorobową, o któréj mowa, dochodzi Charcot do następującego jéj pojmowania: jest rzeczą stwierdzoną, że jeśli płatowe zapalenie płuc rezolwuje się opieszale, pozostawia ono po sobie zboczenie trwałe, polegające na hyperplastyczném nacieczeniu łącznego utkania płuc; w téj zmianie Charcot dopatruje przyczyny powrotności zapalenia, i w taki tylko sposób mógł klinicysta angielski Paget wytłumaczyć sobie tożsamość umiejscowienia powrotnych napadów. Na poparcie tego zapatrywania możnaby przytoczyć wrzekome błony opłucnowe, w których rozwijają się naczynia o ściankach zarodkowych, będące miejscem częstych powrotów zapalnych opłucnéj. Charcot streszcza się w następujących słowach: czy zapalenie przewłoczne jest następstwem jednego napadu sprawy dławcowéj w płucu, czy też będzie ono następstwem licznych powrotów zapalenia płuca w temże samém miejscu, obraz anatomiczny pozostaje jednakim i przedstawia się pod trojaką postacią:

1) Z ł y k o w a c e n i e c z e r w o n e (Andral, Hope, Forster), z w ą t r o b i e n i e t w a r d e (Lebert), odpowiada zwątrobieniu czerwonemu pierwszego okresu ostrego dławcowego zapalenia płuc. Sprawa chorobowa zwykle zajmuje cały płat, utkanie płucowe zbite, miąższ ciężki, nietrzeszczący; powierzchnia przekroju sucha i ziarnista, lecz ziarnistość jest mniéj wybitną, aniżeli w okresie ostrym, słowem w zływkowaceniu czerwoném znajdujemy cechy zwątrobienia czerwonego z dodatkiem nowoutworzonego utkania łącznego. Opłucna w odpowiedniém miejscu zgrubiała, oskrzela nie są rozszerzone. Drobnowid wykrywa nacieczenie utkania płucowego komórkami okrągłemi, wrzecionowatemi, lub téż już wykształconemi włókienkami. Komórki płucowe nieco ścieśnione w rozmiarach, zawartość ich składa się z zbitych w kłębek przybłonków, zlepionych masą tłuszczowo-ziarnistą; kryształki margarynu czasami znaleziono. Przybłonek uwydatnia skłonność do zwyrodnienia się, przyjmując kształt szerokich wielokątnych komórek.

To czerwone zływkowacenie spostrzega się tylko w tych przypadkach, kiedy zejście choroby nie przypada po za 4—6 tydzień; po przebyciu tego okresu inne następowe zmiany chorobowe wytwarzają obraz zupełnie odmienny od zływkowacenia czerwonego; że tu wspomnę o z w ą t r o b i e n i u ż ó ł t é m (Lebert), s t w a r d n i e n i u ż ó ł t é m (Hope) lub s t w a r d n i e n i u b i a ł k o w é m (Addison), które winno swą nazwę żółtemu odcieniowi, który przybiera niedokrewne płuco.

2) Z ł y k o w a c e n i e s z a r e (Andral, Grisolle, Chomel) przedstawia się pod dwiema postaciami: pierwsza z nich powstaje już po 2—3 miesiącach trwania choroby, płuco staje się znacznie twardszém, suchém i poczyna się kurczyć; ziarnistość na przekroju jeszcze występuje lecz drobna, oskrzela nierozszerzone, przegródki międzykomórkowe wybitne. Często zływkowacenie czerwone i ta postać szarego, o którém mowa, spostrzega się jednocześnie na tém samém płucu. Druga postać zływkowacenia szarego polega na zupełném zwłóknieniu narządu, następującém dopiero począwszy od 5 miesiąca trwania choroby; zmiany drobnowidowe, dokładnie opisane przez Ackermanna i Thierfeldera, są wybitne i bardzo cechujące. Zbitość płuca jest bardzo znaczna, nie da się ono przedziurawić palcem i skrzypi pod nożem; zabarwienie jego szare, zielonkawe, powierzchnia lśniąca, nieziarnista, przegródki międzykomórkowe wybitnie zarysowane, lecz mniéj aniżeli w postaci poprzedzającéj, opłucna w miejscu schorzałego płuca znacznie zgrubiała, płuco ściągnięte do $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{2}$ prawidłowéj objętości, rozstrzeni oskrzelowych zawsze brak. Badanie drobnowidowe wykazuje nadmierny rozwój utkania włóknistego, czego następstwem jest zmniejszenie się ilości i objętości komórek płucnych, wewnątrz których postrzega się bujanie włóknikowe; przybłonek przedstawia się pod postacią wielokątną, kryształki margarynu tu i owdzie. Ognisk serowatych nie ma, lecz spostrzega się innego rodzaju zwyrodnienie, prowadzące do wytworzenia jamy niewysłanéj żadną błoną i jakby rżniętéj w stwardniałym miąższu płuca; tego rodzaju jamy dla odróżnienia od rozstrzeni oskrzelowych, od ognisk ropnych sprawy zapalnéj i od jam gruźliczych, nazwano w r z o d a m i p ł u c, i najczęściéj je spostrzegano w pylicy płuc (*pneumoconiosis.*)

II. O p r z e w ł o c z n é m z r a z i k o w é m z a p a l e n i u p ł u c.

Pierwszym pisarzem, który opracował zrazikowe zapalenie płuc, był lekarz dubliński Corrigan (1838 r.); w sześć lat późniéj pp. Legendre i Bailly dali dokładny opis téj choroby, określając anatomiczny obraz płuca wyrazem z m i ę ś n i e n i a *(carnisation)*; w r. 1865 napisał Sutton swą rozprawę, a na lata następne przypadają liczne cenne prace' odczytane w londyńskiém towarzystwie patologiczném, które ogłosiła drukiem *Encyclopédie* Reynoldsa; lecz rozróżnienie gruntowne zrazikowego i zrazowego zapalenia płuc, tak po mistrzowsku dokonane przez Charcota, jest zaledwo naszkicowane w pracach wyżéj wymienionych badaczy. W ostatnich czasach Ziemssen, Bartels, Jürgensen ogłosili swe cenne spostrzeżenia kliniczne, dowodząc istnienia pewnéj odmiany zrazikowego zapalenia płuc, które już od chwili powstawania przybiera cechę przewłoczną, ostrawą; ciepłota w takim przypadku nie wznosi się wysoko, wahania się krzywizny ciepłotnéj znaczne; sprawa trwa od 15 do 20 dni, czasem rezolwując się, częściéj pozostaje w stanie nacieku i przeobraża się w stan przewłoczny. Bartels przytacza przypadek, w którym sprawa zapalna ciągnęła się 7 miesięcy, lecz trwanie jéj przedłużyć się może do kilku lat, zanim powstanie zanik,

skurczenie się płuca obok rozstrzeni oskrzelowych. Postać ta najczęściej następuje po ostrym lub przewlocznym nieżycie oskrzelowym, po krztuścu, odrze lub durzycy; Charcot badał tę odmianę ostrawą na zwłokach dzieci zmarłych w 3cim tygodniu zapalenia zrazikowego płuc, wikłającego się z przebiegiem odry itd. i znalazł on zmiany anatomiczne, które w głównych zarysach cechują ostre zrazikowe zapalenie, a mianowicie: 1) sprawa zapalna usadowia się symetrycznie w dolnych tylnych częściach płuc, 2) zabarwienie zajętych płatów bywa fijoletowe lub blado-różowe, 3) zbitość płuca usprawiedliwia nazwę zmięśnienia, 4) brak zaniku, 5) powierzchnia cięcia gładka, sucha, zaledwo zwilżona tu i owdzie cieczą surowiczą, i nieziarnistą; ta jednorodność powierzchni cięcia odróżnia ostrawe od ostrego zapalenia płuc, które przedstawia się jako powierzchnia pstro-marmurowa, 6) oskrzela rozszerzone wrzecionowato, szczególnie w płatach dolnych; w rozstrzeniach znajduje się nagromadzona ropa i śluz, utkanie łączne przyoskrzelowe bujnie rozrosłe, 7) przegródki międzykomórkowe bardzo wybitne, 8) guzki (*nodules*) przyoskrzelowe postaci ostréj znajdują się i w postaci ostrawéj, lecz mało dostrzegalne i nikłe.

Charcot uzupełnia ten obraz anatomiczny makroskopijny opisem mikroskopijnym: 1) oskrzela zawierają śluz i ropę; przybłonek czas długi utrzymuje się, lecz zniekształcony, jakby obrzękły; błona śluzowa i zewnętrzna oskrzeli nacieczona, początkowo komórkami krągłemi, bądź wrzecionowatemi, z których póżniéj powstają włókienka łączne; błona mięsna i sprężysta zanikłe (Trojanowski); rozszerzenie więc oskrzeli, które towarzyszy temu zanikowi, jest pierwotne, poprzedzające zanik płuca; co mówi przeciw zapatrywaniu Corrigana, podług którego jest ono następowém, zależném od zaniku i kurczenia się płuca.

2) Utkanie łączne międzykomórkowe ulega takiemuż przeobrażeniu, jak i tkanka łączna przyoskrzelowa.

3) W ogniskach przyoskrzelowych komórki zawierają wypocinę włóknikową, któréj włókna ogarniają komórki przybłonka.

Nakoniec w zmięśnionéj, różowéj i gładkiéj części płuca, odpowiadającéj splenizacyi przebiegu ostrego, znachodzą się zmiany spostrzegane przy zapaleniu płuc łuszczącém się (*pneumonie desquamative*), lecz z cechami wyłącznemi, obcemi przebiegowi ostremu, a mianowicie: *a*) ścianki komórek zgrubiałe i nacieczone komórkami, z których powstaje tkanka łączna, *b*) przybłonek zbrzęknięty, zlany w masę, w któréj odczynniki (eter i benzyna) wykrywają krysztalki margarynu; w około tych zmienionych komórek spostrzega się przybłonek sześcienny. (D. n.)

C. H. Ralfe: O wpływie dwuwęglanu potasowego na kwaśne oddziaływanie moczu.

Już w roku 1854 (*Archiv der wissenschaftlichen Heilkunde. Studie zur Urologie)* osłabił F. Beneke ogólnie przyjęte zdanie, przypisujące dwuwęglanom potasowców zdolność rychłego zamieniania oddziaływania kwaśnego moczu na zasadowe. Ralfe robił liczne w tym przedmiocie doświadczenia podając dziennie do 8 grm. dwuwęglanu potasowego i oznaczając ilościowo stopień oddziaływania kwaśnego *(aciditas)* moczu tudzież zawartości kwasu moczowego w różnych odstępach czasu. Doświadczenia te doprowadziły go do ważnego dla leczenia wyniku, że zupełnie odmienny jest wpływ dwuwęglanu potasowego wedle tego, czy się go podaje przed spożyciem znaczniejszéj ilości pokarmów, czy po spożyciu tychże. Mianowicie dwuwęglan potasowy podawany przed spożyciem pokarmów nie tylko nie nadaje moczowi oddziaływania zasadowego, lecz owszem potęguje oddziaływanie kwaśne tegoż, przyczém zwiększa się równocześnie ilość wydzielanego kwasu moczowego; przeciwnie dwuwęglan potasowy podawany po spożyciu pokarmów wywołuje silną zasadowość moczu trwającą od 1go do 2 dni. Ralfe uważa to dwulicowe działanie tego środka za zgodne z jego składem chemicznym i tłumaczy je w sposób następujący: Ogólnie przypisujemy oddziaływanie kwaśne moczu prawidłowego rozkładowi, jakiemu ulega fosforan sodowy obojętny w obec dwuwęglanu sodowego i potasowego we krwi, a którego wynikiem jest powstanie kwaśnego fosforanu sodowego. Jeżeli tedy podamy dwuwęglan sodowy lub potasowy przed spożyciem pokarmów, kiedy błona śluzowa żołądka oddziaływa obojętnie lub lekko zasadowo, wtedy dostaje się tenże nierozłożony, jako sól kwaśna do krwi i mogąc ukwasić znaczniejszą ilość fosforanu sodowego na fosforan sodowy kwaśny, musi wzmagać oddziaływanie kwaśne moczu. Podany zaś po spożyciu pokarmów podczas aktu trawienia zostaje rozłożony przez wolny kwas żołądkowy, przyczém kwas węglowy uchodzi przez jamę ust na zewnątrz, a sól obojętna lub zasadowa dostaje się do krwi, sprawiając zasadowość moczu.

Z doświadczeń swych wyprowadza następujące wskazówki lecznicze:

1) W przypadkach skazy moczanowéj *(lithaemia)*, gdzie chodzi o sprowadzenie oddziaływania zasadowego moczu, powinien dwuwęglan potasowy być podawany po spożyciu pokarmów.

2) Podawanie dwuwęglanu potasowego przed spożyciem pokarmów, jest wskazane w przypadkach nieżytów żołądka z nadmiarowém wytwarzaniem się kwasów w żołądku, gdzie chodzi o osłabienie oddziaływania kwaśnego treści żołądkowéj. *(The Lancet XIX. V. II. 1878.)* *Dr. St. Ponikło.*

Fournier: Suchoty płucne na tle kiłowém.

Dr. Alfred Fournier przesłał Akademii lekarskiéj do ocenienia rozprawę p. t. „*Phagédénisme tertiaire du pied; phthisie commune; traitement specifique; guérison*". Spostrzeżenie będące podstawą téj pracy jest przypadkiem kiły trzeciorzędnéj żrącéj, rozwiniętéj na niezbyt zwykłém miejscu, tj. na stopie; powtóre jestto przykład wyraźny suchot płucnych pochodzenia kiłowego, przedstawiających się jako suchoty zwykłe a wyleczonych zupełnie przez podawanie rtęci. Dr. F. dochodzi do wyników następujących:

1) Gruźlica lub suchoty płucne tak często mają swe początkowe siedlisko w szczytach płuc, że inne zmiany chorobowe umiejscowione w tych okolicach, już przez samo miejsce domyślać się każą, że tam suchoty powstały. Szczyt płuca dotknięty, to prawie tyle waży, co świadectwo przyszłych lub obecnych już suchot. Otóż nie zawsze tak bywa (chociaż rzadko), bo i sama kiła może zająć szczyty płuc, a gdy to się stanie, choroba staje się zupełnie podobną do suchot zwykłych. Ztąd tak częste błędy rozpoznawcze.

2) W przypadku, o którym mowa, chora winna swe wyleczenie z suchot kiłowych li tylko leczeniu swoistemu, gdy zwróciło się uwagę na ciężkie zmiany na stopie. Bez téj wspólności objawów na nodze i płucach chora byłaby umarła, ponieważ uchodziłaby za zwykłą suchotnicę i jako taka byłaby leczona. W skutek tego należałoby w każdym

podobnym lub zbliżonym przypadku przekonać się dokładnie, czy kiła nie była pierwotną przyczyną choroby płucnéj umiejscowionéj w szczytach.

3) Najciekawszym jednak wynikiem danego spostrzeżenia jest fakt uleczenia w warunkach na pozór najrozpaczliwszych. (Dowodzi to, że zmiany kiłowe w płucach uleczyć można nietylko w początkowych swych okresach, ale i nawet w najwięcéj posuniętych.) (*Gaz. des Hôpit.* Nr. 135. 1878.) *Dr. M. Żebrowski.*

Dittel (we Wiedniu): **Resekcyja jelita w przypadku rzyci nieprawidłowéj; wyleczenie.**

D. rozróżnia trzy formy rzyci nieprawidłowéj: 1) najlżejszą, gdzie po uwięźgnięciu jednéj ścianki jelita *(hernia Littriana)* to ostatnie leży półkolisto lub pod bardzo tępym kątem rozwarte. W tych przypadkach niema zazwyczaj przegródki *(eperon)*, a do ich wyleczenia wystarcza spokój i stósowne ułożenie obok uciskowéj opaski. 2) Tam gdzie przegródka jest cienka, wystarcza leczenie za pomocą enterotomu Dupuytrena. 3) Do najcięższych należą te przypadki, w których pomiędzy obydwoma ujściami znachodzi się mostek do syć szeroki, gdyż użycie enterotomu nie wystarcza. D. opisuje właśnie przypadek podobny u kobiety 47-letniéj, u któréj wykonał resekcyję jelita celem zagojenia rzyci sztucznéj Okroiwszy całą okolicę tejże do około wydobył obydwa końce jelita, odświeżył brzegi i zespoił je cienkim katgutem. Operacyję wykonał z zachowaniem przepisów Listera a otworu pozostałego nie zaszył, ani też nie przykrył płatem Zupełne wygojenie nastąpiło po kilku tygodniach. (*Wien med. Wochenschrift* 1878. Nr. 48.) *A. O.*

Th. Kölliker (w Hali): **O wycinaniu pierwotnego syfilitycznego stwardnienia.**

Autor ogłasza ośm przypadków, w których wyciął stwardnienie kiłowe w różnych czasach po zarażeniu, a raczéj po spostrzeżeniu tegoż stwardnienia; i tak raz w siódmym, dziewiątym, dziesiątym, dwa razy w czternastym dniu, nakoniec po razu po upływie trzech i siedmiu tygodni; w jednym przypadku nie można było stwierdzić na pewno czasu, kiedy stwardnienie się rozpoczęło. W czasie wykonania rękoczynu były gruczoły mniéj lub więcéj zajęte w 4 przypadkach, z których mimo to w jednym nie przyszło do ogólnego zakażenia. W ogólności wyzdrowiało zupełnie trzech chorych u pięciu spostrzegano przypady wtórorzędne lecz łagodne K. wysnuwa następujące wnioski: 1) w niektórych bliżéj jeszcze określić się niedających przypadkach wystarcza powyższa operacyja do zabezpieczenia od zakażenia ogólnego 2) Rozpoczynające się stwardnienie gruczołów (*scleradenitis*) nie wyklucza jeszcze dobrego skutku operacyi. 3) Z drugiéj strony bywa ona bezowocną pomimo wczesnego jéj przedsięwzięcia. 4) Jednak i w takich razach zdaje się wycięcie być przyczyną łagodniejszego przebiegu choroby. Ostatecznie zdaniem autora przypadki jego popierają twierdzenie Auspitza, że pierwotnego stwardnienia nie należy uważać za skutek ogólnego zakażenia. (*Centralbltt f. Chirurgie*, Nr. 48. 1878.) *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVII. z dnia 19go listopada 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 24.

1) Kol. Trauczyński przedstawia niektóre nowsze przetwory farmaceutyczne, mianowicie: 1) ferrum oxydatum dialysatum. Przetwór ten pozyskał sobie w ostatnich czasach nie małe wzięcie. Sprowadzono go z Paryża, gdzie fabrykant Bravais wyrabia go na wielką skalę i po nader wysokich cenach sprzedaje. Prelegent wyrabia ten sam przetwór nie równie taniéj a w téj saméj dobroci. Preparat kol. Trauczyńskiego nie zawiera wcale kwasu solnego wolnego, o czém przez dodanie soli srebrowéj naocznie się przekonano. 2) Wyciąg z kousso, znanego środka czerwiogubnego, zawarty w torebkach z galarety. 3) Alkaloid Cotoin i Tr. Cotoini. W dyskusyi kol. prof. Korczyński podaje, że z lekiem tym zalecanym szczególniéj z Monachijum jako dzielnym środkiem przeciw biegunce robił doświadczenia ze skutkiem zupełnie ujemnym, co jednak może jest winą złego preparatu. Z preparatem okazanym przez kol. Trauczyńskiego gotów jest w klinice robić odpowiednie doświadczenia, o których skutku nie zaniedba Tow. zawiadomić. 4) Rurki szklanne napełnione azotynem amylowym i zatopione. W dyskusyi kol. prof. Korczyński zaleca te rurki wymyślone przez Solgera, jako bardzo przydatne tak w praktyce prywatnéj, jak i klinicznéj; niedogodność ich stanowi ta okoliczność, że trzymane w ręku bardzo łatwo pękają w skutek podniesionéj prężności bardzo lotnego azotynu amylowego. Ilość 5 kropli zawartych w takiéj rurce jest cokolwiek za wysoką, mówca widział już po użyciu 3 kropli bardzo niemiłe przypady, jak zaczerwienienie twarzy dochodzące do bardzo znacznego stopnia, przyspieszenie tętna znaczniejsze niż zazwyczaj bywa, zawrót głowy znaczny i upadek sił, i dlatego radzi zaczynać u dorosłego od stósowania 2 kropli. Ponieważ azotyn amylowy prawie zawsze sprawia zawrót, najlepiéj podawać go choremu w postawie leżącéj, przez co można uniknąć tego przypadu. Lek ten zasługuje na pochwałę w przypadkach, gdzie zamierzamy energicznie rozszerzyć naczynia obwodowe i tak oddaje znaczne usługi w bólu połowiczym głowy, naczyniokurczowym, w padaczce itd. W téj ostatniéj znane są doświadczenia, że lek ten wziewany w czasie tak zwanego wietrzyku padaczkowego *(aura epileptica)* usuwał grożący napad. Użycie azotynu amylowego w padaczce dopóty będzie racyjonalném, dopóki wierzyć chcemy, że niedokrewność rdzenia pacierzowego jest momentem wywołującym napady. Nadto lek ten zastosowuje się z pomyślnym skutkiem w nagłych omdleniach polegających na niedokrewności mózgu. Rureczki wyrabiane przez kol. Trauczyńskiego są o wiele wygodniejsze od flakoników, w jakich azotyn amylowy także sprzedają, częste bowiem ich otwieranie pociąga za sobą ulatnianie tego leku, a nadto jeżeli lek ten w większéj ilości przez dłuższy czas przechowujemy osobliwie na świetle, zmienia się chemicznie nabierając oddziaływania kwaśnego, wówczas zaś nie tylko że jest nieskutecznym, ale wywołać może przypady uboczne nie miłe a nawet groźne, dla tego należałoby zawsze przed użyciem leku spróbować jego oddziaływania papierkiem lakmusowym. Kol. Domański zwraca uwagę, że według Picka azotyn amylowy nierzadko zawiera kw. pruski, dlatego należałoby lek ten sprowadzać tylko od bardzo pewnych co do sumienności fabrykantów. 5) Płyn przeciw odgniotkom złożony z mięszaniny kw. trójchlorooctowego i kleiny (*collodion*). Zdaniem kol. Trauczyńskiego kleina podnosi skuteczność dawniéj znaną kw. trójchlorooctowego przy usuwaniu odgniotków, a to zatrzymując kwas ten bardzo wpływowy i ograniczając działanie jego do tego tylko miejsca, w które pędzelkiem zostanie wtarty. Protomedyk Dr. Biesiadecki sądzi, że dodatek kleiny raczéj ogranicza skuteczność kw. trójchlorooctowego, który działa wtenczas tylko, gdy jest bardzo zgęszczony, nadto kleina nie pozwala mu wniknąć głębiéj w przyskórek, płynu więc zaleconego przez kol. Trauczyńskiego możnaby chyba tylko używać w nieglębokich naroślach przyskórka. Kol. Warschauer stwierdza skuteczność kw. octowego w odgniotkach i przypomina sobie, że kwasu tego zabarwionego jakąś żywicą

używał przed laty w Krakowie pewien wędrowny szarlatan arabski z wielkiém powodzeniem.

2) Protomedyk Dr. Biesiadecki jako członek Tow. lek. krakowskiego a obecnie Prezes Tow. lekarzy galicyjskich wnosi po dłuższém umotywowaniu: Tow. lek. krak. wybierze komisyję, która ma się zastanowić nad tém, czy i pod jakiemi warunkami mogłoby nastąpić połączenie Tow. lek. krak. i Tow. lekarzy galicyjskich, przynajmniéj w sprawie wspierania wdów i sierót po lekarzach galicyjskich. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj oprócz wnioskodawcy zabierało głos kilku kolegów, przekazano wniosek ten do zdania sprawy komisyi statutowéj.

3) Kol. prof. Korczyński podał wypadek pracy doświadczalnéj nad działaniem wlewania większéj ilości płynów do jelit, wykonanéj pod jego kierunkiem przez Dra Rosenblatta. Rozprawa ta umieszczoną będzie w całości w Pamiętniku tow. lek. warszawskiego. Ponieważ nie ma dotychczas zgody pomiędzy autorami, czy płyn wlany do jelit grubych może przejść przez zastawkę Bauhiniego i dostać się do jelita cienkiego, przeto powtórzył Dr. Rosenblatt doświadczenia na zwłokach ludzkich w zakładzie anatomicznym prof. Teichmanna i przekonał się w trzech doświadczeniach, że płyn w większéj ilości wlany za pomocą lejka Hegara dostaje się do jelit cienkich, a nawet przejść może do żołądka i wylewać się ustami. W celu dokładniejszego badania mechanizmu działania zastawki Bauhiniego wycinał tenże część jelita cienkiego wraz z częścią jelita grubego i spostrzegł, że przy mierném wydęciu jelita grubego za pomocą płynu zastawka Bauhiniego zatykała tak szczelnie ujście jelita cienkiego, że płyn przez takowe się nie przedostawał, dopiero przy większém nagięciu ścian jelita grubego i rozszerzeniu pierścienia zastawkowego płyn udawał się do jelita biodrowego. Pojemność jelita grubego oznaczył autor na 3 litry. W celu wyśledzenia, jak zachowuje się parcie krwi pod wpływem wlewania większych ilości wody do jelit, wykonał Dr. Rosenblatt 3 doświadczenia na psach w pracowni fizyjologicznéj prof. Piotrowskiego przy współudziale śp. Dra Zawilskiego i Dra Merunowicza. Doświadczenia te wykazały, że parcie krwi się podnosi tak skutkiem wessania płynu, jakotéż skutkiem ucisku na tętnice w jamie brzusznéj się znajdujące, i że u psów żywych płyn dostaje się łatwo przez cały przewód pokarmowy. — Doświadczenia wykonane w klinice lekarskiéj pod kierunkiem prelegenta wykazazały: 1) Najlepszym przyrządem do wlewania płynu do jelit jest lejek Hegara, tj. zwykły lejek połączony z cewą gumową i kanką. 2) Położenie kolankowo-łokciowe, wśród którego parcie śródbrzuszne ma być najmniejsze a nawet ujemne, i które jako najodpowiedniejsze do wlewań płynów zaleca Hegar, jest niedogodne a dla niektórych chorych osobliwie cierpiących na choroby narządu oddechowego lub krążenia wcale nieodpowiednie. 3) Zupełnie wystarczającém jest położenie na wznak lub na bok z udami do brzucha przyciągniętemi. 4) W tém położeniu wlewanie płynów nie sprawia żadnych dolegliwości a wśród pewnych zastrzeżeń także żadnych ważnych przypadków. 5) Sposobem tym wlać można 4—5 litrów płynu. 6) Z pewnością orzec można, że płyn wypełnia co najmniéj całe jelito grube. 7) Płyn tém dłużéj pozostaje w przewodzie pokarmowym, im powolniéj zostanie wlanym. 8) Liczba oddechów po wlaniu większéj ilości płynu się przyspiesza, a tor oddechowy z przeponowego zamienia się na mniéj lub więcéj obojczykowy, jak to wykazują przedstawiane w oryginale obrazy stetograficzne. 9) Tętno co do ilości nie wiele się zmienia, staje się jednak pełniejszém i chybszém, przyczém niektóre obrazy sfigmograficzne przemawiałyby za zmniejszeniem napięcia ścian tętniczych. 10) Ilość moczu się powiększa, a ciężar gatunkowy takowego się zmniejsza. Przeciwskazania stanowić więc mogą choroby, w których należy się obawiać zwiększenia parcia ościennego krwi, np. tętniaki i pewne okresy chorób sercowych lub choroby jelit, w których obawiać się należy przedarcia ścian jelit. Wskazania podane przez Hegara, Simona i Moslera są liczne. Dodatnie i pomyślne skutki widziano w klinice lekarskiéj i praktyce prywatnéj prelegenta z nalewań większych ilości płynu przeważnie tylko w zatkaniu kałowém (*coprostasis*) w górnych częściach jelit grubych, osobliwie zatkaniu nawykowém (*obstipatio habitualis*), w otrętwieniu jelit wywołującém gnuśny ruch robaczkowy jelit i skłonność do częstych nawrotów nieżytu jelit grubych (*typhlitis*). Zamiast wody letniéj korzystniéj jest niekiedy użyć płynów lekko podniecających lub klejkich np. naparu rumianku lub odwaru ślazu. — W dyskusyi kol. Merunowicz zwraca uwagę na szczegóły tablic odnoszących się do doświadczeń wykonanych przez Dra Rosenblatta na psach i sądzi, że najbardziéj pouczającą jest tablica Nr. 2, do któréj odnośne doświadczenie wykonane było najdokładniéj. Protomedyk Dr. Biesiadecki: Pytanie jak dużo płynu a jeszcze ważniejsze, jak daleko płyn zajść może w przewodzie pokarmowym wlewany za pomocą lejka Hegara, jest ważne osobliwie w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z zagłobieniem jelit. W tym względzie robiono doświadczenia na zwłokach przed kilkunastu laty pod kierunkiem prof. Oppolzera, mianowicie wstrzykiwano płyn do jelita pod bardzo znaczném parciem, gdyż podnoszono lejek aż do sufitu i przekonano się, że płyn nie dostał się daléj niż do kiszki ślepéj. Płyn użyty do tego doświadczenia zaprawiony był żelasinkiem potasu i chemicznie można było się przekonać, że nic z tego płynu nie znajdowało się po za zastawką Bauhiniego. Jeżeli Dr. Rosenblatt widział na zwłokach płyn wylewający się ustami, to pytanie, czy nie był to płyn pochodzący z obrzęku płuc a wskutek podniesienia ciśnienia śródbrzusznego wyparty z klatki piersiowéj? Jeżeli nawet płyn po śmierci przejść może przez zastawkę Bauhiniego, nie można ztąd wnosić, że i za życia rzecz się ma tak samo. Kol. prof. Korczyński podaje, że Dr Rosenblatt w dwóch doświadczeniach na zwłokach zabarwiał płyn i naocznie mógł się przekonać o identyczności płynu wlewanego do jelit z płynem wydobywającym się przez usta. Oser powiada, że zachowując tę ostrożność, zeby płyn wlewany nie wydobywał się napowrót rzycią, wlewał na zwłokach do jelit 6—8 litrów wody, przyczém ściany jelit miały pękać. Dr. Rosenblatt chociaż wlewał do 12 litrów wody, nie widział tego. Mosler wychodząc z tego punktu, że woda i za życia dostaje się do jelita cienkiego, stosuje lejek Hegara w durze brzusznym i twierdzi, że jest to wyborny środek do usunięcia bębnicy i biegunki. Zresztą gdyby się komu zdarzyło spostrzegać chorego z przetoką jelita cienkiego, możnaby na pewno stwierdzić, czy płyn wlewany do jelita za pomocą lejka Hegara może się aż do jelita cienkiego dostać. Protomedyk Dr. Biesiadecki sądzi, że i w tym razie byłyby tak zmienione stosunki parcia, iż z tego nie dałyby się ogólne wnioski wyprowadzić. Kol. prof. Korczyński namienia dodatkowo, że ze stanowiska klinicznego jest to dość obojętném gdyż zakres wskazań do użycia lejka Hegara jest dosyć obszerny, chociażby tylko jego wpływ ograniczał się do jelit cienkich.

4) Kol. Ściborowski przedstawia imieniem komisyi do popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych szereg częściéj używanych narzędzi chirurgicznych zrobionych przez tutejszego fabrykanta p. Grubla, które tak co do dokładności, jak co do przystępności ceny nie pozostawiają nic do życzenia.

Dr. Skórkowski.

V. Zakład leczniczy „Fürstenhof" w Styryi górnéj.

przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

Ruch chorych jest bardzo ożywiony od kwietnia do października. Stan dzienny wynosi w przeciągu tego czasu średnio 80 osób. Od października do kwietnia obniża się przeszło o połowę, tj. do średniego stanu dziennego osób 30. Kobiety i mężczyzni w równéj niemal przybywają liczbie. Kraje polskie dostarczają przeszło trzech czwartych, resztę pacyjentów przysyłają lekarze wiedeńscy.

Z chorób nerwowych przeważają hysteryja i ataksyja różnych postaci i okresów; z nieżytów przewłocznych: nieżyt żołądka i kiszek z powikłaniami miejscowemi i ogólnemi; z chorób ginekologicznych upławy różnego rodzaju, trudność lub nieprawidłowość w miesiączkowaniu itd. Z chorób ogólnych odżywczych przeważają zołzy, dur, blednica, niedokrewność i wychudnienie następowe. Choroby przewlekłe płuc,

oskrzeli i krtani tylko wyjątkowo dostają się do zakładu; niema tu więc tak nazwanego sanatorium dla tych chorób, jakkolwiek wyborny klimat doliny Thörli za założeniem takowego bardzo przemawia.

Zakład Fürstenhof nieogłosił dotąd żadnego sprawozdania naukowego z wyników swojego leczenia. Są one niezawodnie bardzo pomyślne, skoro pierwszorzędne powagi lekarskie obdarzają go swojém zaufaniem, skoro z roku na rok dla braku miejsca znacznéj liczby zgłaszających się do niego przyjąć niemoże. Tę pomyślność swoją zawdzięcza zakład łagodności, prostocie i ścisłości umiejętnéj, z jaką wykonywa się w nim hydroterapija.

Metoda leczenia. Wiadomo, że Priessnitz począł swoje łaziebnictwo od obmywań gąbką, późniéj dłonią zmaczaną w wodzie zimnéj; skończył zaś na całym szeregu licznych procederów poszczególnych, przez które każdy niemal chory w Graefenbergu przechodzić musiał, chociaż jeden z nich zastósowany umiejętnie byłby częstokroć nierównie lepiéj skutkował. Fleury dołączył do tych kąpieli i rękoczynów gräfenbergowskich drugi szereg nierównie liczniejszych i różnorodnych natrysków z wody zimnéj, ciepléj, coraz cieplejszéj, z pary, z wody naprzemian zimnéj i gorącéj. Wykonywanie hydroterapii chorób przewlocznych było więc przywiązane do bardzo zawiłego aparatu, w którym czynnik mechaniczny pierwotnéj kąpieli spadowéj i pierwotnego nacierania ciała rękami był wyzyskany w sposób drobiazgowy. Czy na tém zyskała dzielność hydroterapii, niewiem; lecz zdaje mi się, że tylko samo wykonanie zyskało na pośpiechu, okazałości i elegancyi. Niezawodnie pod silnym pociskiem wodnym wystąpi czerwoność na skórze bardzo prędko, wpływ na orzeźwienie jest chwilowo potężniejszy niż prostego zanurzenia lub oblania wodą zimną; lecz czy ten pośpiech w chwilowych skutkach działa równie zbawiennie, jak metodyczne chociaż mniéj widoczne działanie umiarkowanego, łagodnego lecz wytrwałego stosowania podniet zimna, to pytanie? Być może, że życie francuskie tak sprężyste i bujne, tak mocnemi żywione wrażeniami, znosi lepiéj ten sposób stósowania zimna i uderzeń, niż życie nerwowe anglika, niemca, polaka? Francuska odmiana w stósowaniu hydroterapii nie wszędzie znalazła dobre przyjęcie. James Manby Gully czyni o niéj niepochlebną wzmiankę, mówiąc: Liczbę procederów hydryjatycznych pomnożył częścią szarlatanizm, częścią dowcip i przemysł. Tryska woda na wszelki sposób możliwy, strumienie jéj wypuszczają na ciało człowieka w kierunkach i postaciach najrozmaitszych, czynią to na wielkie rozmiary dla zwabienia tych, których nie pociąga prostota. (*The water cure in chronic diseases.* London, wydanie 13, str. 362.) Słusznie mógł to powiedzieć hydroterapeuta z Waloern, który do swojego mówi pacyjenta: „Wyzdrowiejesz, gdy wyjedziesz na wieś, gdy będziesz pilnie przestrzegać dyjety, rano wstawać, ćwiczyć odpowiednio ciało, wdychać pełną piersią czyste powietrze i wytrwasz w tém przez jedenaście do dwunastu miesięcy. Leczenie wodne zaś tyle ci pomódz może, że skróci ten przeciąg czasu o połowę lub o dwie trzecie“. (l. c. str. 335.) Być może, że francuskie natryski jeszcze więcéj skrócić mogą ten przeciąg czasu potrzebny do ozdrowienia, lecz znowu zachodzi pytanie, jak długo takowe potrwa. Manby Gully twierdzi, że wielu przybywało do Waloern takich, którzy bawili się przyjemnie „natryskami wstępującemi,“ „kąpielami nasiadowemi wstępującemi,“ „falowemi“ itp., lecz oprócz przyjemności żadnego dla zdrowia nieosiągnęli skutku. Charcot w przedmowie do francuskiego przekładu kliniki chorób nerwowych Rosenthala powiada: że hydrotherapija chorób nerwowych przewlocznych daleko więcéj zyska na zastósowaniu, gdy się pozbędzie wpływów ubocznych, gdy przybierze postać prostą i łagodną i gdy na stałych oprze się zasadach. To czego sobie Charcot życzy i z nim każdy lekarz racyjonalny, znajdujemy w zupełności wykonane i zrozumiane w hydroterapii zakładu w Fürstenhofie. Ma ona tu postać zewnętrzną tak prostą, że prościejszą być nie może; kąpiel w wannie, udzielana we własnéj sypialni chorego, nacierania i opaski, otóż i wszystko co tu napotkać można. Łagodność zasadza się na używaniu takich ilości i stopni zimna, jakie właśnie wystarczają w każdym przypadku poszczególnym do wywołania drogą zwrotną potrzebnych zmian w ustroju chorego. Podczas gdy w rękach Priesnitza woda zimna była dla człowieka cywilizowanego postrachem, kol. Cz. rzadko używa większego zimna poniżéj 15° C. Skala głównego działania leży pomiędzy 30° C. do 20° C. Podczas gdy Priessnitz w wypacaniu i w wysokiém wygrzewaniu całego ciała za pomocą zapakowań w koce widział częste korzyści, kol. Cz. bardzo rzadko znajduje wskazanie do zastósowania tego środka. Niemasz tu sadzawki, w któréjby „nacisk hydrostatyczny“ działał na klatkę piersiową; nie masz kąpieli spadowych i natrysków francuskich, w któréj „perkusyja“ tak ważną odgrywa rolę; nie używa się tu wody wewnętrznie „do wypławienia i wyługowania“ ustroju; nie masz owych tak często nadużywanych „pomocniczych“ środków jak: elektroterapija, pneumojatryja, gimnastyka lekarska, kąpiele parowe, igliwiowe, żętyca. Zakład w Fürstenhofie wykonywa prostą, łagodną, racyjonalną i czystą hydroterapiję, a jeżeli bierze jakie w pomoc czynniki, to tylko te, któremi każdy lekarz władać może, jak żelaziste przetwory i wody, chinin, jod, morfin, rzewień, tj. leki w ścisłém tego słowa znaczeniu. Ta prostota i czystość jest ścisłym wynikiem zasad powziętych z doświadczenia i nauki, które kol. Cz. wyłożył w sposób niestety może zanadto popularny w swojém dziele: „*Compendium der Thermotherapie (Wasserkur)*“ *Wien 1875.* Już przez samą nazwę termoterapii daje kol. Cz. do poznania, czemu właściwie zawdzięcza hydroterapija swoją skuteczność, co w niéj działa najwięcéj, to jest: różne stopnie i ilości ciepła z wody zimnéj lub z ustroju chorego wprost powzięte w zamiarach leczniczych.

Wiadomo, że zimno w znaczeniu fizycznem czyli zupełna równowaga atomów poczyna się według obliczeń przy stopniu 27·3° C. poniżéj zera; wszystkie inne stopnie powyżéj tego idealnego są już stopniami ciepła. Stopnie, których hydroterapija używa, leżą wszystkie powyżéj zera, termometrycznego, więc i z tego względu są stopniami ciepła. Miarą zimna i ciepła fizyjologiczną jest dla nas własne unerwienie i czucie wywołane przez zadrażnienie nerwów, które otrzymujemy przy istniejących różnicach ciepłoty ciał zewnętrznych bezpośrednio nas dotykających i własnéj ciepłoty naszego ciała. W kąpieli wodnéj zimno poczyna się dla nas między 31° C. i 37° C.; w powietrzu suchem zaś około 22° C. do 25° C. (Röhrig: „*Physiologie d. Haut.*“ *171).* Są to więc wysokie stopnie ciepła po nad zerem zwyczajnego termometru. Hoh w dziele „*Physik in der Medizin,*“ ogłoszonem w tym samym roku co i kompendium Czerw. wylicza w rozdziale „*Thermo-Therapie*“, str. 224, wszystkie sposoby leczenia za pomocą ciepła i zimna i podciąga pod pojęcie termoterapii także leczenie wodą zimną doprowadzone jak powiada przez Priessnitza do wielkiego znaczenia. To przy-

padkowe spotkanie się jednego pojęcia w jednym i tym samym wyrazie ujętego przemawia na korzyść Cz. Że czynnik termiczny jest potęgą główną w leczeniu hydryjatycznêm i hydropojetycznêm czyli napotnêm, było wiadomêm od dawna. Tanchon w rozprawie: *„Du froid et de son application dans les maladies“ Paris 1824*, podnosi działanie zimna, a nie wody. Krahmer: *„Aerztliche Heilmittellehre,“* Halle 1861, str. 161, powiada: „Nie masz potęgi, któraby przez swój zamach tak prędko i wszechstronnie pobudzała wszystkie siły odżywcze człowieka do odporu i tak je ćwiczyła, jak zimno, i nie masz do jego zastósowania odpowiedniejszego środka niż woda.“ Również Trousseau i Pidoux, Chapman, Beni-Barde i wielu innych, uważali zimno i ciepło, a nie wodę lub parę, jako główny czynnik leczniczy.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 12 grudnia. W Nrze 49 *Prager med. Wochens.* znajdujemy szczególnego rodzaju ocenę sprawozdania prof. Jakubowskiego z ruchu chorych w szpitalu dziecięcym św. Ludwika z r. 1877 ogłoszonego w Przegl. Lek. (w NN. 36—38 z rb.), i w osobnéj odbitce, Ocenę napisał redaktor tygodnika, znany pedyjatra i filolog prof. Ritter. Omówiwszy część wstępną i statystyczną, co do reszty sprawozdania stósuje do autora słowa: *„si non vis intelligi, non debes legi“*. Werdykt ten potępiający każe się niby domyślać, że autor pisał niejasno, niezrozumiale, a ponieważ sprawozdanie jego ukazało się pierwotnie w naszym tygodniku, więc wina w wielkiéj części spadłaby i na redakcyję. Jako przyczynę niezrozumiałości sprawozdania podaje atoli krytyk tę okoliczność, że autor „wyrugował z tekstu nomenklaturę grecką i łacińską, posługując się czysto polskiemi wyrazami, nowo wynalezionemi, których naturalnie nikt nie rozumie, kto ich sam nie ukuł“. Przeciw tym „zachciankom puryfikacyjnym“ powstaje uczony krytyk, dowodząc wielkiéj ich szkodliwości. Nie należąc do obozu purystów unikamy od czasu objęcia redakcyi słownictwa nieustalonego, przywracamy prawa wyrazom greckim i łacińskim, o ile one są już utarte w piśmiennictwie naszém i o ile na to zezwala duch języka i konieczność spadkowania, i wolimy posługiwać się wyrazem obcym, jeżeli wyraz polski uważamy za niebardzo odpowiedni lub jeszcze nie ustalony; zarzut więc uczyniony przez krytyka sprawozdaniu prof. J., a pośrednio i nam, jest bardzo niesłuszny. I jakże krytyk uzasadnia swój zarzut? Otóż znajduje on w sprawozdaniu w mowie będącém wyrazy, jakich w najlepszym słowniku polskim daremnie szukał, a jako przykład podaje różne rodzaje charłactwa, a mianowicie: *a)* ch. zimnicze, *b*) ch. gruźlicze i zołzowe, *c*) ch. krzywicze i *d*) kiłowe; co uczyniwszy pyta się, co jest charłactwo? i odpowiada sobie następującém rozumowaniem: Ponieważ wyraz charłaczy znaczy tyle co nędzny (*elend, misérable*), więc charłactwo oczywiście znaczy tyle co *malaria*. Oczywiście, że krytyk myli się grubo, a dedukcyja jego filologiczna nie jest nawet zbyt świetną. Ale godzi się go zapytać, w którym najlepszym słowniku polskim znalazł, że kiła znaczy tyle co śledziona (Milz)? Wszakże uczony tak światły powinien wiedzieć, że w słowniku ogólnym nigdy się nie szuka, bo nie znajdzie, znaczenia wyrazów lekarskich i że autor piszący po polsku pisze dla tych, którzy po polsku rozumieją, a do tych, którzy po polsku nieumieją, stósować wypada zmienione nieco słowa, które przytoczył krytyk: *„si non intelligis, non debes legere“*, chyba w rocznikach Virchowa i Hirscha, w których Tow. lek. nasze od lat kilku corocznie podaje sprawozdania z prac lekarskich polskich. Od krytyka atoli nierównie więcéj domagać się należy, otóż aby nieoceniał prac napisanych w języku, którego nie rozumie dokładnie, bo jeżeli jest rzeczą smaku indywidualnego umieścić w piśmie swojém ocenę, aby wyznać w niéj, że się języka nie rozumie, to z drugiéj strony ganienie tego, czego się nie rozumie, nie zgadza się z poczuciem sprawiedliwości. Ileż to razy zdarza się nawet u Niemców, że otrzymawszy rozprawę napisaną w języku obcym, proszą kogoś język ten znającego o tłumaczenie im treści, jeżeli takowa ich obchodzi, w przeciwnym razie chowają ją do księgozbioru lub rzucają ją do kosza, ale jéj nie oceniają. Prof. Ritter postąpił sobie inaczéj, a żywimy przekonanie, że nie tylko Polacy ale i Niemcy zgodzą się na to, że postępowanie jego było co najmniéj niewłaściwém, bo wykraczającém przeciw wszelkim zasadom krytyki godziwéj.

* Wydział lek. wiedeński prosił tutejszego Wydziału lek. o ogłoszenie konkursu na stypendyjum z fundacyi Habera w kwocie 1200 zła, mającego służyć na podróż naukową dla uczniów medycyny, którzy ukończyli wydział lek. jednego z uniwersytetów w krajach reprezentowanych w Radzie Państwa. Podania należy stósować do 15 stycznia 1879 r. do Wydziału lekarsk. w Wiedniu.

* Na posiedzeniu pełném z d. 5 b. m. Rada m. Krakowa wybrała dwóch lekarzy na członków komisyi uporządkowania minsta, a mianowicie radzców miejskich: prof. Dra Korczyńskiego i Dra Warschauera.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 46 (od 10—16 listopada włącznie) umarło w Krakowie osób 34; męż. 14 i kob. 20; w obwodach 18 osób i w szpitalach 16; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 31,6; we Lwowie 31,3; w Wiedniu 26,7; w Budapeszcie 40,5; w Pradze 29,8; w Tryjeście 36,2; w Berlinie 24,9; w Wrocławiu 25,5; w Monachijum 32,6; w Dreznie 22,5; w Lipsku 16,3; w Bazylei 32,5; w Brukseli 22,4; w Paryżu 25,1; w Londynie 24,3; w Kopenhadze 19,4; w Chrystyjanii 18,0; w Odessie 24,5; w Petersburgu 32,8; W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 4 osoby, mianowicie: 1 z płonicy, 1 z dławca i 2 z ropnicy.

* **Wiedeń**. Ustępująącemu z katedry profesorowi anatomii Voigtowi (dawniéj w Krakowie) uczniowie wręczyli adres ozdobny z licznemi podpisami. Rozczulony profesor przyrzekł, że w półroczu przyszłém ogłosi bezpłatny wykład o nerwach skórnych.

* **Budapeszt**. Wydział lek. tutejszy liczy w półroczu bieżącém 665 uczniów, podczas gdy wydział lek. we Wiedniu ma ich tylko 658. Tym sposobem pod względem frekwencyi wydział lek. w Budapeszcie obecnie jest pierwszym w państwie austro-węgierskiém, a założenie nowego uniwersytetu w Preszburgu, koło którego krzątać się Węgrzy zaczynają, jest uzasadnionêm.

* **Paryż**. Budżet ministerstwa oświaty na r. 1879 wynosi 57 milijonów franków; w Tuluzie zakładają nowy wydział lekarski, w okolicy zaś Paryża, a mianowicie w Villejuif i Ville Evrard dwa nowe zakłady publ. dla obłąkanych.

D. 2 bm. następca Kl. Bernarda prof. Brown-Séquard rozpoczął wykłady swoje w *Collége de France*, zapowiadając, że zbijać będzie wszystkie prawie teoryje obecne o fizyjologii mózgu, a w szczególności odnoszące się do lokalizacyi mózgowéj.

W Paryżu stanie nowy gmach dla szkoły praktycznéj wydziału lek., koszta wynosić będą przeszło 11 milijonów franków.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny na wydziale lek. we Wiedniu Dr. Emil Stoffela otrzymał tytuł nadzw. profesora uniwersytetu. — Dr. Reyher w Dorpacie mianowany profesorem chirurgii w Petersburgu. — Docent chirurgii Dr. Franc. Schweninger w Monachijum otrzymał posadę starszego lekarza w szpitalu miejskim tamże. — Prof. Oertel otrzymał krzyż komandorski Filipa heskiego. — Dr. Gerson da Cunha w Bombayu otrzymał od Papieża Leona XIII order św. Grzegorza za dzieło *„Monumenta veterum Indorum.“* —

Za zasługi położone w Bośnii i Hercogowinie otrzymali krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa lekarze pułkowi Drowie Włodzimierz Załozïecki w Czerniowcach (członek koresp. naszego Tow. lek.), Mikołaj Seweryński i Filip Rogoziński.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarzami asystentami w rezerwie mianowani: Drowie Franciszek Fuchs w Krakowie i Włodzimierz Hrycykiewicz we Wiedniu.

* **Nekrologija** W Kremonie we Włoszech umarł prof. chirurgii Dr. Ciniselli w 75 roku życia. — Zmarły w d. 24 listopada rb. prof. Eugieni Gorup-Besanez w Erlandze liczył lat 62.

Redakcyja otrzymała: Dra Adolfa ROTHEGO (w Warszawie): Król Lear. Studyjum psychologiczne. Odbitka z „Niwy“. Warszawa 1879, in 8vo, str. 44.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 18 grudnia br. o godzinie 5téj popołudniu posiedzenie zwykłe, na którém 1) kol. Browicz okaże i opisze potwór bliźniaczy nadesłany ze Sanoka, 2) kol. prof. Rydel poda wypadek swoich doświadczeń nad leczeniem myopii pozornéj, 3) kol. Pacuła okaże i objaśni plany nowéj rzeźni krakowskiéj, 4) nakoniec nastąpi wybór komisyj do sprawdzenia rachunków z roku bieżącego tak Towarzystwa, jak i Przeglądu Lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 2038.

Konkurs

na posadę lekarza prymaryjusza przy szpitalu powszechnym w Sanoku z płacą roczną 500 zlr. aw. Podania wnoszone być mają w przeciągu 6ciu tygodni do tutejszego magistratu, do których dołączyć należy dowód otrzymanego stopnia Dra wszech nauk lekarskich lub też przynajmniéj doktora medycyny, chirurgii i akuszeryi.

Ubiegający ma się także praktyką szpitalną wykazać.

Sanok 7 Grudnia 1877.

Objąwszy z dniem 18 października rb. urząd członka Wydziału i Podskarbiego Stowarzyszenia dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich upraszam wszystkich Członków tego Stowarzyszenia zalegających z opłatą składek aby takowe jak najrychléj na moje ręce nadesłać raczyli, nadmieniając, iż składki te nadsełać można łącznie z Przedpłatą na Przegląd Lekarski.

Dr. Grabowski.
Rynek Nr. 45.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 21 grudnia 1878. № 51. Rok XVII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, rozpoczyna w dniu 1 stycznia 1879 **osiemnasty rok** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości średniéj 1½ arkusza na tydzień jak **najregularniéj.**

Przychylność, jakiéj pismo nasze z tylu stron odbiera dowody, skłania nas do pozostawienia i w roku przyszłym obecnego programu, z tą tylko różnicą, iż spełniając życzenie wielu kolegów postaramy się o większe niż dotąd uwzględnienie działu przedstawień obecnego stanowiska ważniejszych kwestyj naukowych, osobliwie mających znaczenie dla lekarza praktycznego.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „

we Francyi i Belgii:
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Carrefour de la Croix rouge 2.

☞ Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Przyczynek do patologii zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle kilowém.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50.)

Omawiając ajtyjologiję ścieśnień tchawicy stawia R. na pierwszém miejscu zbliznowacenia z następowém zwężeniem tchawicy i oskrzeli na tle kilowém powstałe (Ziemssen IV. Bd. 2 Haelfte str. 203). Blizny powstałe po owrzodzeniach kilowych mają tę właściwość, że ściągają się ogromnie tworząc nieraz rodzaj powrózków wystających, utkanych z tkanki łącznéj. Częstokroć obok zbliznowaceń napotkać można wrzody zajmujące dość znaczną przestrzeń dróg oddechowych. Owrzodzenia nieżytowe nie sprowadzają zapewne nigdy zbliznowaceń z następowém zwężeniem tchawicy i oskrzeli, za co wyjątkowo tylko następstwa tego rodzaju postrzedz można po wrzodach difterytycznych, gruźliczych i durowych, jak to Demme przykładami stwierdza. Pod względem anatomo-patologicznym zawdzięczają powyżéj wspomniane owrzodzenia i zbliznowacenia powstanie swe kilakom *(gummata)* usadowionym w ścianie tchawicy i rozpadającym się następnie (str. 206). Owrzodzenia te drążąc w głąb sprowadzają zapalenie do około chrząstek tchawicowych, następnie ich obnażenie, zwapnienie i oddzielenie się w części lub w całości, poczém zostają wyrzucone przy napadzie kaszlu na zewnątrz lub téż pogięte zsuwają się jedne na drugie. Po dłuższém trwaniu owrzodzeń może nastąpić ich zabliźnienie a częstokroć wytwarzają się zwężenia tak znaczne, że zaledwie pióro krucze przez bliznę pierścieniowatą przesunąć można. Gerhardt opisuje 22 przypadki owrzodzeń i zbliznowaceń na tle kilowém, z pomiędzy których w 4ch cała powierzchnia tchawicy zajęta była przez owrzodzenia kilowe, w dalszych 6iu wrzody usadowiły się w górnéj części tchawicy najdaléj po 5tą chrząstkę pierścieniową; w pozostałych zaś 12 przypadkach zajętą była dolna połowa tchawicy i to po największéj części okolica rozdzielenia się tchawicy na oskrzela, przyczém w połowie przypadków wrzody przesuwały się i na oskrzela same.

Pod względem symptomatologii zwraca R. uwagę na zmianę w oddychaniu cechującą się dusznością przy wciąganiu powietrza, a nazwaną przez Biermera i Gerhardta: *Dyspnöe inspiratoria.* Ten ostatni autor podobnież jak Trélat zauważył w przypadkach zwężeń tchawicy nieporuszalność krtani, świszczące szmery oddechowe *(cornage)*, słyszalne częstokroć nawet z dala. Przy badaniu słuchawką nie

słyszy się zawsze szmerów świszczących w samém miejscu zwężenia, lecz skutkiem przewodzenia fal głosowych są one najwyraźniejszemi w krtani. Przy auskultacyi płuc są szmery oddechowe zakryte piskami i świstami wyrabiającemi się w miejscu zwężenia.

Co do metody badania nie należy używać sondy, gdyż użycie jéj jest dla chorego przykre i nie bez niebezpieczeństwa (str. 213), lecz przedewszystkiém należy zbadać chorego za pomocą wziernika krtaniowego, który przy sprzyjających okolicznościach nieraz może odkryć siedzibę zmiany chorobowéj w tchawicy. Trudniejsza jednak jest sprawa, jeżeli owrzodzenie lub zbliznowacenie dotyka oskrzeli; wówczas rozpoznanie oprzeć się musi na następujących danych: na zmniejszeniu się ruchów klatki piersiowéj po téj stronie, po któréj oskrzele jest zatkane, osłabieniu lub zniesieniu szmerów oddechowych, podczas gdy odgłos wypukowy jest jawny, pełny, na świstach zdala słyszalnych i drżeniu klatki piersiowéj udzielającym się ręce przyłożonéj na odpowiednią stronę klatki piersiowéj (Friedrich, Weil).

W przebiegu tego pod względem rokowania nader złowrogiego cierpienia rozróżnia Gerhardt trzy okresy; w pierwszym chory nie uskarża się na żadne dolegliwości, chyba tylko przy zmęczeniu doznaje trudności w oddechaniu; okres drugi może się przewlekać bardzo długo i odznacza się już wybitnemi oznakami zwężenia dróg oddechowych, jakoto z dala słyszalnemi szmerami oddechowemi, dusznością przy wdychaniu i względném zwolnieniem ruchów oddechowych; głos chorego jest słaby, bez dźwięku. Okres trzeci wreszcie poczyna się napadem duszenia się, który wprawdzie szybko przemija, ale wkrótce ponawia się znowu i prędzéj lub późniéj choroba kończy się śmiercią.

Co do zabiegów terapeutycznych uwagi Riegla nie różnią się w niczém od wskazań i ich wypełnienia podanych przy streszczeniu monografii Reya. Nierównie więcéj ciekawości pod względem umiejętnym budzą zapiski prof. Schröttera w Wiedniu, który w sprawozdaniu z kliniki dla chorób krtaniowych za r. 1870 (*Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie der Wiener Universität 1870. Wien 1871.* str. 87—91.) opisuje dwa przypadki ścieśnienia tchawicy skutkiem wytworzenia się bliznowatych postronków, wyleczone szczęśliwie za pomocą odpowiednich zabiegów operacyjnych. W pierwszym przypadku obserwowanym jeszcze w r. 1866 chory dotknięty kiłą wrodzoną (*Lues congenita*) okazywał w środku tchawicy wrzód dość rozległy, a powyżéj 3 postronki bliznowate tworzące w świetle tchawicy rodzaj siatki, które można było wybornie postrzedz przy badaniu wziernikowém. Schrötter poprzecinał te postronoczki za pomocą małego nożyka półksiężycowato zagiętego z ostrzem na wypukłości, a następnie sprowadził zabliźnienie wrzodu poniżéj położonego za pomocą wdmuchiwań azotanu srebrowego. Przypadek drugi dotyczył mężczyzny 50-letniego, który uskarżał się od 8 miesięcy (przed przyjęciem na klinikę z końcem maja 1870 r.) na duszność bardzo znaczną z napadami duszenia się. W krtani nie było zmian żadnych, za to w tchawicy spostrzedz było można przy badaniu wziernikowém zwężenie jéj przestworu poczynające się w górnéj jéj części, sprowadzone przez błonę biało-żółtawą, bladą, występującą ze ścian tchawicy i tworzącą ku dołowi rodzaj lejka, poniżéj którego ścieśnienie pierścieniowate prawdopodobnie znacznego dosięgało stopnia. Przez miesiąc cały rozszerzano to zwężenie za pomocą kateterów angielskich, a późniéj zgłębników metalowych, a z końcem marca ponacinano tęgą błonę za pomocą nożyka. Krwotok był nieznaczny, ranki przyżegnięto *c. Kali caustico*. W lipcu powtórzono jeszcze 2 razy operacyję tego rodzaju, mimo to jednak chory dusił się czasami tak mocno, że na oddziale Dra Fiebera podczas wakacyj myślano o tracheotomii, któraby wcale chorego nie była uratowała, siedziba bowiem cierpienia znajdowała się w głębi tchawicy. W listopadzie 1870 r. sondowano kilkakrotnie tchawicę za pomocą zgłębnika umyślnie w tym celu sporządzonego, na którego końcu znajdował się pędzel zanurzony w wosku (*Modellir-bougie*). Autor zamierzał tym sposobem otrzymać odbicie zwężenia tchawicy, aby późniéj poinformowawszy się o stanie chorobowym tchawicy przystąpić do przecięcia blizn sznurkowatych. Tymczasem już kilkakrotne wprowadzenie powyższych zgłębników aż do miejsca podziału tchawicy sprowadziły same przez się wyleczenie chorego, prawdopodobnie przez rozerwanie sznurków znajdujących się w miejscu bifurkacyi tchawicy i przy wejściu do oskrzela lewego, tak że chory mógł biegać po pokoju bez przypadków duszności.

Wracając po tych wzmiankach zaczerpniętych z literatury do przypadku naszego, podnosimy w przebiegu jego klinicznym szczegóły następujące:

Maryjanna Kamińska, lat 32, z Kęt pochodząca wyrobnica, przybyła 12 marca r. b. podczas wykładu do kliniki Wgo prof. Dra Rosnera skarżąc się na bardzo znaczną duszność i zatykanie oddechu w tchawicy. Rysy twarzy jéj o cerze żółtawéj, pomarszczonéj, zdradzały znaczny niespokój, a z dala już dolatywały nas świszczące szmery oddechowe wcale podobne do tych, jakie się słyszy u dziecka dławcem (*croup*) dotkniętego. Z krótkich i ciemno opowiedzianych wywiadów dowiadujemy się tylko; iż już przed laty przeszło 10 bawiła w jakimś zakładzie szpitalnym z powodu cierpienia wenerycznego, o którém bliższych szczegółów atoli podać nie umie. Co do cierpienia obecnego, to już od 6 tygodni zauważyła chora trudności w oddychaniu, szczególniéj męczyło ją szybsze chodzenie i wspinanie się po schodach; w ostatnich jednak dwóch tygodniach duszność wzmogła się do tego stopnia, iż udała się do szpitala św. Łazarza z prośbą o pomoc lekarską, skąd ją lekarz dyżurny kol. Dembowski podejrzywając za przyczynę tego cierpienia kiłę, do kliniki naszéj odesłał.

W chwili przyjęcia choréj na klinikę stan jéj był następujący: U kobiety wzrostu średniego dobrze zbudowanéj, lecz źle odżywionéj spostrzedz można na skórze liczne blizny porozrzucane, gwiazdkowato pościągane, z których wnosić należy, że kobieta ta przebyła już owrzodzenia zdarzające się tak często w przebiegu kiły w okresie późnym. Co do cierpienia miejscowego, to badanie połyku nie wykazuje żadnych zmian głębszych prócz tylko powierzchownéj blizny na granicy podniebienia twardego i miękkiego, którą szczególniéj przy oświetleniu za pomocą reflektora bardzo wybitnie dojrzeć można. Wziernik krtaniowy wykazuje struny głosowe białe, dobrze się poruszające, odpowiednio też do tego głos jest wyraźny z odcieniem zachrypnięcia tylko, co również badanie wziernikowe tłumaczy, wykazuje bowiem mocne zaczerwienienie i obrzęknięcie chrząstek nalewkowych a poniżéj nich na tylnéj ścianie krtani widać jakby brzeg wyniosły wrzodu, którego dna atoli żadną miarą widzieć nie można. Górna część tchawicy nie wykazuje zresztą żadnego zboczenia, głębiéj tj. aż do bifurkacyi tchawicy zajrzeć nie można wcale, już to z powodu obrzmienia błony śluzowéj krtani w tylnym odcinku szpary głosowéj, już też dlatego,

się zdarzyły przeważnie w Niemczech. Szkoda, że autor pominął tu prace ogłoszone i przypadki opisane przez niektórych autorów francuskich, jak np. pracę pp. Devergie i Paulina (*Asphyxie par le gaz d'éclairage survenue dans les magasins de nouveautés de la rue de Buci, Annales d'hygiène publ. 1830*, III. 457, tyczy się 5 osób), Tourdesa (*Rélation médico-lég. des asphyxies par le gaz d'éclairage 1841*, tyczy się 5 osób), Tardieua, Chevalliera i Legranda du Saulle (*Double asphyxie attribuée au gaz d'éclairage 1870*), F. Kuhlmanna (*de l'éclairage et de chauffage par le gaz 1876*); pominięcia prac francuskich tém bardziéj żałujemy, o ile Francuzi wcześniéj od Niemców pisali o szkodliwości gazu świetlnego i zmianach, które wywołuje. Daléj następuje obszerne sprawozdanie sądowo-lekarskie o przypadku lwowskim, zwyż wspomnianym (str. 29—70). Przypadek ten ze stanowiska sądowo lek. opisany jest wszechstronnie i wyczerpująco, a dodana rycina, uzmysławiająca ułożenie wszystkich osób w pomieszkaniu, przyczynia się wielce do wyjaśnienia rzeczy; opis obejmuje oprócz zbyt treściwego sprawozdania o stanie tych osób, które zdołano utrzymać przy życiu, 9 protokółów sekcyjnych, z których zwłaszcza jeden (VI) jest bardzo ciekawy, ponieważ w nim autor znalazł rozpad błony śluzowéj dwunastnicy i jelita czczego (w długości 1 metra), połączony z wynaczynieniem w utkaniu bl. śluzowéj i podśluzowéj, a więc zmianę, któréj dotąd nie znaleziono na zwłokach ludzi z tlenku węgla zmarłych. Orzeczenie jest jasne, uwzględnia wszystko, na co tylko lekarz sądowy uwagę swoją mógł zwrócić, tak że z ostatecznym jego wynikiem w zupełności zgodzić się wypada; tylko na zdanie, że „znawcy uznają ze stanowiska czysto lekarskiego „jako bezwzględnie ciężkie uszkodzenie, jakiego do-“znały osoby, które przy życiu utrzymane zostały“ (str. 96) pisać się nie możemy, bo medycyna nie zna uszkodzenia ciężkiego, a tém mniéj „bezwzględnie“ ciężkiego.

Część ostatnia i najważniejsza (str. 70—145) zajmuje się rozpoznaniem otrucia tlenkiem węgla. Tu autor roztrząsa: 1) objawy po otruciu za życia występujące, 2) zmiany pośmiertne i 3) badanie krwi za pomocą odczynników chemicznych i za pomocą przyrządu widmowego.

Objawy chorobowe zestawił autor wcale wyczerpująco na podstawie badań i prac dawniejszych, oraz kilku przypadków własnych. Między chorobami następowemi wspomina i o wystąpieniu chorób mózgowych i umysłowych, jednak pominął rozprawę ciekawą Simona: *Uiber Encephalomalacie nach Kohlengasvergiftung* (*Archiv f. Psych.* I. str. 263—278), jak Simon znów nie wiedział zdaje się, że jednym z pierwszych, którzy zwrócili uwagę na zboczenia umysłowe, zdarzające się w następstwie w mowie będącego otrucia, był Moreau (z Tours), który zboczeniom tym nadał charakterystyczną nazwę: *folie des cuisiniers*.

Najważniejszą jest rzecz o zmianach pośmiertnych. Długi dosyć ustęp (str. 80—89) poświęca autor plamom jasno-czerwonym spostrzeganym na powłokach zewnętrznych. Bardzo słusznie sprzeciwia się zdaniu Jäderholma, który tym plamom odmawia wszelkiego zgoła znaczenia rozpoznawczego. Oceniając znakomitą rozprawę Jäderholma w Przegl. Lek. (1877, Nr. 6) oświadczyliśmy, że nie przywiązujemy wielkiéj wagi do jego uwag sądowo-lekarskich, podczas gdy badaniom jego samodzielnym chemicznym i spektralnym zasłużoną oddawaliśmy pochwalę. Słusznie też autor, znalazłszy plamy te we wszystkich 12 przypadkach otrucia, które widział, uznaje je za „ważną i cenną „wskazówkę do stwierdzenia otrucia tlenkiem węgla, choćby „dlatego, że muszą zwrócić uwagę obducenta na ten rodzaj „śmierci.“ Od lat wielu zwracamy uwagę na tę rzeczywiście cenną wskazówkę, a jak dalece plamy te jasno-czerwone pomimo innego przypuszczenia na pozór uzasadnionego każą nam domyślać się otrucia tlenkiem węgla, mieliśmy dowód na przypadku, który się tu zdarzył w r. 1872. Dwoje ludzi spuściło się na Zamku do studni głębokiéj; na krzyk jednego z nich spuścił się żołnierz do studni i wydobył obydwóch, jednego bez życia, drugiego odurzonego. Przypuszczano z góry, że obaj doznali otrucia kwasem węglowym, często gromadzącym się w starych studniach; jednego z nich żyjącego jeszcze odesłano nawet z tém rozpoznaniem do szpitala św. Łazarza, gdzie w stanie znacznie polepszonym przez nas był badany; na zmarłym zaś jego towarzyszu znaleźliśmy tak piękne różowe plamy pośmiertne, że na pierwszy rzut oka wykluczyliśmy otrucie kwasem węglowym, a badanie chemiczno-spektralne w istocie dowiodło obecności we krwi tlenku węgla. Pokazało się, że ludzie ci wpuścili się byli do studni, mając ze sobą w kociołku zapalone węgle; nawiasowo mówiąc jest to rzadki pod względem sposobu i miejscowości przypadek zaczadzenia. Zgadzając się w zupełności z autorem co do wielkiego znaczenia rozpoznawczego owych plam, zastanowimy się później nad najważniejszym ustępem, a mianowicie nad istotą tych plam, które autor w sposób odmienny od innych autorów tłumaczy.

Rozbiór reszty zmian pośmiertnych jest jak najdokładniejszy a autor nie zapomniał o żadnym szczególe. Jaśniejsze zabarwienie krwi ocenia bez uprzedzenia i zgodnie z rzeczywistym stanem rzeczy, tylko tłumaczenie tego zjawiska, jako polegającego na utworzeniu się galczenia tlenku węgla, mylnie przypisuje (str. 92) Jäderholmowi, bo tłumaczenie to już w r. 1866 powszechnie było przyjętém (porówn. dziełko Friedberga). Pod względem jaśniejszéj barwy krwi mógłby się autor był powołać na piękną ze wszech miar pracę Ackermanna: *Unters. ü. d. Einfluss der Erstickung auf die Menge des Blutes im Gehirn u. in den Lungen* (Virchows Archiv 1859), który na królikach poprzednio trepanowanych już po kilkorazowém wdychaniu przez nich gazu CO i gazu świetlnego widział piękne jasnoczerwone zabarwienie się mózgowia. W ogóle ktokolwiek tylko widział kilka razy krew ludzi lub zwierząt otrutych gazem CO, przyzna, że barwa jéj najczęściéj bywa charakterystyczną, a każdy, kto krew taką przechował przez czas dłuższy, wie, że ona barwę tę bardzo długo zachowuje; tak np. mamy od 9 lat krew zasuszoną pomiędzy dwoma szkiełkami, a różnica między nią a krwią zwykłą na pierwszy rzut oka jest uderzającą.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Zeissl (we Wiedniu): **O ulepszonym sposobie leczenia zapalenia przyjądrza wiewiórowego.**

Sprawozdanie Dra St. Skobla.

Wiadomo powszechnie, że do najczęstszych powikłań przy ostrém zapaleniu wiewiórowém cewki moczowéj u mężczyzn należy to cierpienie, które dawniéj błędnie zapaleniem jądra, obecnie zaś zapaleniem przyjądrza (*epidydymitis*) nazywają. Różne sposoby, jakich używano w ciągu ostatniego dziesięciolecia w zapaleniu wiewiórowém przyjądrza, polegały ogółem na leczeniu przeciwzapalném. Jeżeli przy tém leczeniu nie używano upustu krwi z żył, to przecież bardzo

że chora męczy się łatwo i odkaszluje plwocinę śluzowo-ropną bez prążków krwi, zalegającą górną część tchawicy. Badanie płuc wykazuje tak z przodu jak z tyłu piski i zaostrzenie szmerów oddechowych po obu stronach, zresztą żadnego stłumienia ani szmeru oddechowego oskrzelowego wykazać nie można. Tony serca czyste, żadnego podejrzenia co do tętniaka, gruczoł tarczykowy miernie powiększony, jednakowoż nie w tym stopniu, aby przypuszczać można, że ucisk przezeń wywarty sprowadza tak znaczną duszność. Obmacywanie tchawicy i badanie całéj okolicy nie mogło również wykazać ani obrzęku gruczołów, ani jakiegokolwiek nowotworu; zmiany zaś w krtani za pomocą wziernika wykryte nawet obecność domniemanego wrzodu, którego jednak dobrze zobaczyć nie można było, nie mogły żadną miarą tłumaczyć tak znacznéj przeszkody w oddychaniu. Przypuszczając zatém zmiany kilowe w tchawicy, których jedak bliżéj oznaczyć nie można było w obec trudności, na jakie w tym przypadku napotykało badanie wziernikowe, zalecciliśmy choréj naszéj wcierania szaruchy po 4,00 pro dosi i kali jodatum 10,00 : 200 po łyżce z rana i wieczór.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Oceny i sprawozdania.

Dr. Longin Feigel (we Lwowie): **Otrucie gazem tlenku węgla, a w szczególności gazem świetlnym, ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** Lwów 1878, in 8vo min., str. 147.

Z prawdziwą przyjemnością przystępujemy do zdania sprawy z dziełka Dra Feigla, a to z kilku przyczyn: raz, że prace większe lekarskie w języku polskim zbyt rzadko się pojawiają, że więc każdemu należy się prawdziwe uznanie, który nie szczędzi trudu, aby wzbogacić ubogie nasze piśmiennictwo; powtóre z powodu że w autorze, który dotąd wyłącznie pracował w anatomii patologicznéj a jako lekarz sądowy dał się był poznać zaledwie z kilku opisów kazuistycznych, wypada nam obecnie powitać i pracownika sądowolekarskiego, rokującego piękne na przyszłość nadzieje; a wreszcie, ponieważ nad przedmiotem, który sobie tym razem obrał, i my przed 6ciu laty zastanawialiśmy się w Przeglądzie Lek., wykazując, jeżeli się nie mylimy po raz pierwszy w kraju naszym, ważność jego sądowo-lekarską, i że spostrzeżenia i zapatrywania nasze w badaniach autora po największéj części znalazły potwierdzenie swoje *).

Gdyby pobudki właśnie przytoczone nie starczyły na usprawiedliwienie nasze, że pracy Dra Feigla nieco więcéj poświęcamy miejsca, wtedy w odwodzie gotową mamy jeszcze jednę okoliczność dosyć wymowną, a mianowicie, że w kraju, w którym każdy 5ty lub 6ty lekarz jest lekarzem sądowym, medycyna sądowa przestała prawie być specyjalnością i powinna budzić zajęcie ogólne, a im mniejszém niestety zajęcie to jest w rzeczywistości, tém większym staje się obowiązek zwrócenia uwagi na każdą pojawiającą się pracę lepszą.

*) Jeżeli wbrew zwyczajowi swemu podajemy ocenę tę nieco późno, nie dzieje się to wcale z obojętności lub lekceważenia pięknéj pracy oryginalnéj, lecz z powodu, że mając włożony na siebie obowiązek urzędowego ocenienia dziełka tego, które autor przedłożył Wydziałowi prawa we Lwowie celem uzyskania veniae legendi z medycyny sądowéj, przed wywiązaniem się z tego obowiązku nie mogliśmy podać do druku oceny niniejszéj.

Ścisłe badania sądowolekarskie, jak w ogóle lekarskie, mogą być dwojakiego rodzaju: samodzielne i krytyczne. Pierwsze posuwają naprzód wiedzę naszą o pewnym przedmiocie i w pewnym kierunku, albo przynajmniéj roszczą sobie pretensyje do wzbogacenia naszéj wiedzy; ostatnie zapuszczają się w rozbiór pierwszych, celem ocenienia, czy w istocie zawierają coś nowego i dobrego, a zwłaszcza coś pewnego, na cele sprawiedliwości wyzyskiwać się dającego. Chcąc zaś pracę doświadczalną ocenić, należy powtórzyć doświadczenia, należy ją sumiennie skontrolować, a krytyka takiéj pracy wtedy tylko jest uprawnioną, jeżeli się opiera na kontroli. Badania więc krytyczne czyli kontrolujące mają niezaprzeczone znaczenie, czasem nierównie większe, aniżeli praca samodzielna; w każdym bowiem razie, czy one potwierdzają, prostują lub dowodzą mylności rezultatów, do których doszedł autor pracy samodzielnéj, oddają one wielką usługę umiejętności, zwłaszcza takiéj, która jak medycyna sądowa częstokroć stanowi o losie człowieka, o jego honorze i życiu. Bez badań kontrolujących nie byłoby prawdziwego w nauce postępu, a jeżeli rozpatrując się w historyi nauki naszéj specyjalnéj znajdziemy tyle przykładów świadczących, że zdania mylne przez długie czasy uchodziły za pewniki, to przyczyną tego zjawiska był brak kontroli i bezwzględne przysięganie na zdania znakomitości naukowych; a ileż to razy i w naszych czasach pojawiają się prace olśniewające świetnym rezultatem, a które w obec kontroli ścisłéj maleją znacznie lub szybko ustępują z widowni? Czytelnicy tygodnika naszego przypomną sobie np., jakie koleje przeszła t. zw. próba uszna i jakiego doznała ograniczenia, odkąd podlegała kontroli naszéj a następnie i innych; przypomną sobie np., że dochodzenie plam nasiennych podane przez Dra Longeta skontrolowane przez nas okazało się czczą prawie zabawką itd.

Do rzędu badań kontrolujących należy i rozprawa Dra Feigla; wszakże sam ją do tego rzędu zalicza w przedmowie swojéj, pisząc: „Doświadczenia te (prof. Jäder-„holma), o ile zawierają szczegóły praktyczne dla lekarza „sądowego, zasługiwały na wszechstronne powtórze-„nie. Wyniki tych doświadczeń pragnę podać do wiadomo-„ci publicznéj.“ A przyznać musimy, że kontrola w istocie była wszechstronną i wyczerpującą, bo się nie ogranicza do pracy samego Jäderholma, ale obejmuje także spostrzeżenia sądowolekarskie w tym przedmiocie dotychczas ogłoszone. Autor korzystał z przypadku otrucia się 19 osób gazem świetlnym, który zdarzył się we Lwowie w grudniu 1876 r., aby studyjować gruntownie zmiany występujące na zwłokach ludzi otrutych tlenkiem węgla, oraz wszystkie sposoby dochodzenia tego gazu trującego. Wzmiankowana katastrofa lwowska jest więc osią, koło któréj obracają się wszystkie zabiegi autora; nie poprzestał bowiem na wyjaśnieniu sądowi wszystkich okoliczności wątpliwych, lecz zestawiając wyniki, jakie otrzymał z badania kilkunastu osób, z rezultatami podanemi przez innych autorów, starał się wykazać, o ile jedne zgadzają się z drugiemi, a nawet usiłował samodzielnie wytłumaczyć jedną z ważnych zmian w skutek działania tlenku węgla na organizm występujących.

Tok myśli autora i treść rozprawy jest następująca: Na wstępie (str. 1—29) znajdujemy ogólne uwagi nad czadem (nad źródłem powstawania, składem chemicznym, otruciem za pomocą takowego itd.), daléj nad gazem świetlnym (jego składem chemicznym, szkodliwością, własnościami fizycznemi itd.) i przypadkami otrucia tym gazem, które

często zalecano pijawki, które bądź w pobliżu sznurka nasiennego, bądźto na międzykroczu pełniły swoją powinność; obok zaś okładów zimnych i środków rozwalniających zwracano baczną uwagę na dyjetę, która miała być mniéj lub więcéj ścisłą, a przy tém wszystkiém chory musiał najczęściéj pozostawać w łóżku. W wielu przypadkach te ogólnie przyjęte zasady doprowadziły do pożądanego celu, tak, że po trzech lub czterech tygodniach ustępował obrzęk sznurka nasiennego i przyjądrza, a zmiany zapalne skóry moszen i tkanki łącznéj podskórnéj ginęły bez śladu. Tylko w wyjątkowych razach, a mianowicie w przebiegu chronicznem zapalenia przyjądrza, używali niektórzy lekarze wcierania szaruchy w miernéj ilości, działając pośrednio przez skórę moszen na miejsce cierpieniem zajęte a obok tego stosując zimne okłady miejscowo.

Jakkolwiek przy tych zasadach leczenia w zarysie wspomnianych osiągnięto nader wielką liczbę wyleczeń, przecież starano się daléj, ażeby pewne przykre okoliczności, które mniéj lub więcéj temu leczeniu towarzyszyły, usunąć lub odpowiednio zmienić. Jako skutek najlepszych usiłowań należy uważać t. zw. metodę Frickego, która jak wiadomo polega przy zapaleniu wiewiórowém przyjądrza na jednostajnym ucisku tegoż za pomocą plastra lepiącego. Lecz i to postępowanie nie zadowoliło wszystkich i starano się znowu o skrócenie i uproszczenie wymienionych sposobów leczenia. Jeżeli zważymy, że dla osób dotkniętych tém bolesném cierpieniem choroba ta staje się niejednokrotnie kwestyją żywotną, albowiem chory taki nie może się zupełnie oddawać swemu powołaniu, a często moralna klątwa wydziera mu kawałek chleba z ręki, to pewnie nie zadziwi nikogo, że sprawa ta obchodząca tak blisko ogół lekarski stała się przedmiotem ciągłych badań, czy się nie da wynaleść taki sposób leczenia, któryby bez uszczerbku chorego nie odrywał go od zajęcia, a przecież o ile to możebném uwolnił od bolesnego cierpienia.

Powołując się na zdanie powagi naukowéj na polu syfilodologii, prof. Zeissla, powtórzyć za nim muszę, że postęp, jakiśmy zrobili na téj drodze, należy zawdzięczyć panom Langlebertowi i Horandowi. Przyrząd w tym celu obmyślony przez pomienionych lekarzy składa się z trzech części: najpierw z ćwiartki waty średniéj grubości, następnie z czworograniastego kawałka płótna sprężnikowego, a wreszcie z woreczka płóciennego *(suspensorium)*. Woreczek ten jest kształtu trójkątnego, miernie wklęsły, w pobliżu górnego brzegu znajduje się otwór, przez który prącie przechodzi. Na brzegach obydwu górnych kątów umocowane są dwie długie tasiemki służące do opasania brzucha, kąt zaś trzeci dolny opatrzony jest dwiema tasiemkami, któremi otoczywszy obydwa uda przewleka się takowe po pod taśmy umocowane na brzuchu i wiąże mocno w pasie; obydwa boki tego trójkąta są w środku nacięte, a w miejscach tych przytwierdzone po każdéj stronie dwie krótkie tasiemeczki. Górny brzeg trójkąta wynosi 17 centim., boki mają po 21 cm. środek zaś trójkąta 23 cm.

Przy zakładaniu opaski jest najlepiéj, jeżeli chory leży. Po osłonięciu tedy moszen warstwą waty chory trzyma takowe o ile tylko można podniesione jak najwyżéj ku spojeniu kości łonowych, na watę kładzie się czworograniasty kawałek płótna sprężnikowego, zwrócony jednak powierzchnią świecącą ku wacie, w którego górnym brzegu znajduje się kolisty otwór, służący do przewiedzenia prącia, a na to wszystko naciąga się powyżéj opisane suspensoryjum.

Najpierw wiążą się taśmy w pasie, przyczém należy zwrócić uwagę, ażeby węzeł wypadł z boku, gdyż inaczéj mógłby choremu śpiącemu na wznak dolegać. U mężczyzn otyłych należy podłożyć płótno w kilkoro złożone pod taśmy brzuch okalające, ażeby uniknąć wrzynania się tychże w skórę. Po téj czynności wiążą się taśmy idące naokoło ud, a wreszcie łączą się boczne nacięcia woreczka po obydwóch stronach, a umocowane w tych miejscach tasiemeczki ściąga się jak tylko można najsilniéj. Po założeniu opaski w ten sposób moszna znajdują się prawie w jednéj wysokości z górnym brzegiem spojenia kości łonowych.

Opaska ta według zdania Horanda powinna być dopiero po tygodniu zdjętą. Gdyby jednak po upływie tego czasu obrzęk jądra jeszcze nie ustąpił, to można opaskę powtórnie założyć, lub téż wziąć się do użycia maści lub plastru rozpędzającego.

Otóż na zasadzie doświadczeń robionych na 50ciu chorych cierpiących na zapalenie przyjądrza prof. Zeissl używał téj opaski we wszystkich przypadkach z najpomyślniejszym skutkiem, między któremi były takie, gdzie chorzy przy najmniejszym ruchu tracili prawie przytomność z powodu szalonych boleści, a po założeniu opaski w jednéj chwili doznawali takiéj ulgi, która w obec dawnych cierpień ma przechodzić wszelkie oczekiwania. Dlategoteż powiada daléj prof. Zeissl, że od chwili stósowania tego nowego przyrządu nie potrzebował ani razu uciekać się do maści kojących bóle, lub nakłówać przy zapaleniu ostrém przyjądrza pochewkę mądową *(hydrocele acuta)*.

Korzyści zatém, jakie wynikają z tego nowego sposobu leczenia, są następujące: ból ustaje natychmiast po założeniu opaski, a w najniepomyślniejszym przypadku zmniejsza się do tego stopnia, że chory może się oddawać swojemu zajęciu. Jako wielką zaletę tego przyrządu należy także uważać jego nader prostą budowę i zarazem taniość, co znowu nie jest rzeczą obojętną dla leczenia szpitalnego, nie wymieniając już innych ulg i korzyści jakie z tego powodu dla szpitala wynikają.

Jeżeli sobie zadamy pytanie, na czém właściwie polega skuteczność tego leczenia, to zdaje mi się, że wypadnie nam jéj szukać przedewszystkiém w stałém prawie i nieruchomém podparciu jądra, częścią może w lekkim ucisku, jaki opaska wywiera na takowe, a wreszcie może i w obfitych potach, w jakich się skóra moszen znajduje skutkiem szczelnie przylegającéj opaski; tego przynajmniéj zdania jest Horand i Zeissl.

Atoli wiadomém jest również, że ten sam narząd ulega jeszcze innym zmianom chorobowym, które w przebiegu swym sprowadzają mniéj lub więcéj gwałtowne bóle w jądrach, jak to widzimy w gruźlicy przyjądrza a względnie jądra, daléj w zapaleniu jądra kiłowém, które jakkolwiek rzadziéj napotykamy, pojawiają się one tutaj wzdłuż sznurka nasiennego i po odpowiedniéj stronie lędźwiowéj. Jeżeli nadto zwrócimy uwagę, że przemiana guzów rakowatych, zanim takowe nie rozmiękną i nie utorują sobie drogi na zewnątrz, wywołuje podobnież w jądrze przykre bóle kłójące, być zatém może, że i tutaj użyta wspomniana opaska jako środek pomocniczy odda pożądane usługi. Gdyby jednak w pomienionych przypadkach wiadomy przyrząd nie dał się użyć skutecznie, to zawsze można śmiało powiedzieć, że przez ten nowy pomysł cierpiącym na zapalenie przyjądrza wiewiórowe wyświadczono dobrodziejstwo wielkie.

O przewłocznem zapaleniu płuc podług Charcota. Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50.)

Historyję chorych, cierpiących na ostrawe zrazikowe zapalenie płuc, podali: Ollivier, Balzar i Jürgensen. Kazuistyczne te opisy w całości popierają twierdzenia Charcota. W końcowym okresie swego przebiegu wikła się ostrawe zrazikowe zapalenie płuc ze zmianami następowemi, z których wybitniejsze są następujące: przerost komórki prawéj serca (10, 30 Bastian) z jéj następstwami: przemieszczenie serca, podniesione ustawienie się przepony (do 4go żebra, Traube), zniekształtnienie klatki piersiowéj. Inne znowu objawy zdradzają wytworzenie się rozstrzeni oskrzelowych, wykrztuszanie obfite, smrodliwe plwociny często z krwią zmieszane, napady wrzekomo-zimnicze (ropnicowe). Biermer spostrzegał 4 razy ropnie w mózgu.

Wywód swój streszcza Charcot w następujących słowach: ostrawe zrazikowe zapalenie płuc najczęściéj początkiem sięga wieku dziecięcego; w pierwszych chwilach zaznacza się ono jako powikłanie odry, krztuśca itd., lecz z biegiem lat sprowadza zanik miąższu płucnego i rozstrzeń oskrzelową w dolnym płacie płuca; klinicznie rozpoznaje się ono po objawach, z których jedne odnoszą się do zaniku płuc, drugie do rozstrzeni oskrzelowych.

III. Zapalenie płuc przewłoczne odopłucnowe.

Powierzchowne naczynia limfatyczne płuca przebiegają w pokładzie podopłucnowym, w stosunkowo znacznéj od worka opłucnowego odległości. Czy to jest, zapytuje Charcot, stosunek anatomiczny stały, lub téż czy nie istnieje inny stosunek więcéj bezpośredni pomiędzy naczyniami limfatycznemi płuca i opłucną, będącą podług anatomii ogólnéj wielkim przestworem limfatycznym, ciągle limfą zroszonym? Gruntowne wyjaśnienie tych stosunków anatomicznych ułatwiłoby znacznie zrozumienie pewnych objawów patologicznych tak ciemnych do téj pory.

Niekiedy zdarzają się zapalenia opłucny, zazwyczaj złośliwe, na które pierwszy Moxon zwrócił uwagę, tém się wyróżniające, że im towarzyszy zapalenie naczyń limfatycznych płuc; to powikłanie podług Heiberga i Longueta ma miejsce w zapaleniach opłucny połogowych. Często spostrzegano zapalenie naczyń limfatycznych płuca przy raku sutka, eśli ten nowotwór przeniósł się i na opłucnę żebrową (Charcot, Debove). Na drodze doświadczalnéj wstrzyknięcie cieczy gnilnych lub wytworów gruźliczych do worka opłucnowego królika na pewne wywoływało zapalenie naczyń limfatycznych płuca; czy więc sprawa zapalna szerzy się z opłucny na płuco przez nasączenie z pokładu na pokład, lub téż czy ciecze chorobowe zostają wessane drogami fizyjologicznemi i tym sposobem udzielają zapalenie z opłucny na naczynia limfatyczne płuca? Ostatnie poszukiwania, dokonane w pracowni Ludwiga przez Dybkowskiego stwierdzają, że istnieją takie stosunki anatomiczne na opłucny żebrowéj, które w zupełności wyjaśniają szerzenie się sprawy zapalnéj z opłucny na płuco. Nastrzykiwania wykazały, że przestwory międzyżebrowe posiadają bogatą sieć limfatyczną, z któréj powstają naczynia z zastawkami, przebiegające po dolnym i górnym brzegu żebra i łączące się w części przedniéj ciała z pniami sutkowemi, a w tylnéj z przebiegającemi wzdłuż stosu pacierzowego. Rysunki Dybkowskiego wykazują, że wspomniane naczynia limfatyczne opłucnowe tworzą dwie sieci: jedną głęboką, mieszczącą się w łącznem utkaniu opłucny, drugą powierzchowną, znajdującą się między pęczkami stanowiącemi miąższ téj błony surowiczéj. W niektórych miejscach naczynie limfatyczne powierzchowne przebiega tak bezpośrednio pod *endothelium*, że jest tylko od niego oddzielone swą ścianką, która nie jest czém innem jak tylko pokładem *endothelium*. W niektórych miejscach w przestworach międzykomórkowych *endothelium* znajduje się bezpośrednie połączenie jamy opłucnowéj z naczyniem limfatycznem powierzchownem. Nie wszyscy anatomowie godzą się na powyżéj podany opis, lecz wszystko przemawia za jego wiernością, tak nastrzykiwanie naczyń limfatycznych, jak szybkie wessanie roztworu błękitu pruskiego, do worka opłucnéj wstrzykniętego.

Powyższe stosunki anatomiczne początkowo wykazane na psie i króliku zostały stwierdzone na człowieku przez Wagnera (*Arch. der Heilkunde* 1870), który spostrzegał przy włóknikowem zapaleniu opłucny, ostrem czy przewłocznem, że powierzchowne naczynia limfatyczne zawierały włóknik, będący w bezpośrednim związku z włóknikiem błon wrzekomych opłucny. Cornil i Ranvier poczynili uwagi analogiczne. Słowem, tak doświadczenia na zwierzętach jak i badanie pośmiertne na zwłokach ludzkich stwierdzają, że zawartość worka opłucny wsysa się naczyniami limfatycznemi powierzchownemi, co się uskutecznia najprawdopodobniéj przez otworki fizyjologiczne.

Podług Kleina powyższy opis, dotyczący opłucny żebrowéj, stosuje się i do opłucny trzewowéj; miał ten badacz spostrzegać otworki w utkaniu i tego listku opłucny, które w stanie fizyjologicznym zapełnione były białemi ciałkami krwi, a w stanie patologicznym czasem zawierały nitki włóknika, przebiegające od powierzchni opłucny do pokładu podopłucnowego. Troisier odszukał w głębi miąższu opłucny karmin, wstrzyknięty do worka téj błony surowiczéj; spostrzeżenia powyższe mają już tę wartość, że wskazują w jakim kierunku trzeba prowadzić badanie przy istnieniu zboczeń płucnych, po chorobach opłucny następujących.

Lecz i odwrotnie sprawa chorobowa czasem szerzy się z płuc na opłucnę, jak to prawie stale ma miejsce w zapaleniu płuc dławcowem; to udzielanie się zapalenia da się wytłumaczyć nie tylko ościennością tych narządów, ale i wspólnością unaczynienia płuc i opłucny: sieć naczyń włosowatych, zostająca w bezpośrednim stosunku z komórkami płucnemi, a powstająca z rozgałęzień tętnicy płucnéj, dostarcza kilka pni do opłucny, jak to wykazał Reissessen, Kölliker, Rindfleisch, a więc unaczynienie opłucnéj jest w związku (prócz tętnic oskrzelowych i żyły płucnéj) z tętnicą płucną, która jest pośrednikiem między opłucną a siecią oddechową włosowatych naczyń komórek płucnych; okoliczność ta jest powodem szerzenia się sprawy zapalnéj z płuca na opłucnę i odwrotnie. Podług Rindfleischa wypełnienie powierzchownych komórek płucowych wypociną włóknikową w zapaleniu surowiczo-włóknikowem opłucny jest rzeczą zwykłą.

Sprawy chorobowe szerzą się z opłucny na płuco nie tylko drogą naczyń krwionośnych, lecz jak to po części już zostało omówionem, i naczyniami limfatycznemi, co szczególnie spostrzegano w ropnem, połogowem itd. zapaleniu opłucny (Moxon, Behier, Quinquaud, Heiberg, Longuet); ropne zapalenie ogranicza się do naczyń limfatycznych i czasem sprowadza ropnicę; sprawa ta może się udzielić sąsiedniéj tkance łącznéj i powstają zmiany opisane przez Moxona przy ostrem zapaleniu międzykomórkowem płuca, któ-

re występuje jako powikłanie ropnego zapalenia opłucny; sprawa ta była już poruszoną przez Rindfleischa w opisie rozszczepnego zapalenia płuc (*pneumonie dissequante*), przy którém jeden lub kilka płatków płuca są jakby odosobnione od reszty narządu.

Jeśli chory nie umiera w tym okresie, powstają następowe zmiany zapalenia płuc międzyzrazikowego, znamionujące jedną z postaci przewlocznego zapalenia płuc, jak to pierwszy opisał Greenhow 1875 r. Charcot nazywa te odmiany zapalenia płuc z cechą przewloczną, które biorą początek w sprawie zapalnéj opłucny, zapaleniem płuc przewloczném odopłucnowém. Już przed niedawnym czasem namienił o téj odmianie Brouardel, a po nim Fox (Reynolds System), nazywając marskością płuc podopłucnową tę sprawę patologiczną, o któréj mowa. Tapret udzielił prof. Charcotowi opisu dwóch przypadków, w których badanie pośmiertne w zupełności potwierdziło wyłuszczone tu zapatrywanie Charcota.

Balzer czyni dodatkowe uwagi nad zdaniem Charcota o zapaleniu płuc towarzyszącém gruzełkom płucnym, które to zapalenie podług badań najsumienniejszych nie posiada żadnych cech wyłącznych, istotnych, różniących ten rodzaj zapalenia od innych znanych, prócz zapalenia płatowego. W przebiegu ostrym sprawy gruźliczéj znajdował Charcot ogniska nacieczone lub ropne i objawy splenizacyi; w przebiegu przewlocznym treść komórek płucnych, utkanie łączne przynaczyniowe i międzyzrazikowe ulegają zmianom, w których była mowa przy opisie przewlocznego zrazikowego zapalenia płuc, a mianowicie: rozrost tkanki łącznéj, przekształcenie przybłonka na sześcienny i przeobrażenie ziarnisto-tłuszczowe chorobowéj zawartości komórek płucnych; natomiast nowotworowe utkanie gruzełka ulega zwyrodnieniu serowatemu, które to utkanie wnika i zagarnia oskrzele i komórki płucne przyoskrzelowe wraz z ich zawartością.

III. Kilka uwag nad stanowiskiem lekarzy powiatowych.

Właśnie przystąpiliśmy do napisania kilku uwag nad zmienionem nieco w skutek reorganizacyi ostatniéj stanowiskiem lekarzy powiatowych naszych, gdy w Nrze 50 *Prager med. Woch.* spotkaliśmy się z podobnym artykułem prof. Rittera. Miał on sobie, jak pisze, przez jednego z kolegów zwróconą uwagę na §§. 6 i 7 ustawy sanitarnéj z dnia 30 kwietnia 1870 r., według których wykonywanie spraw sanitarnych do zakresu państwa należących jest obowiązkiem władz politycznych, które pod tym względem działają zasięgnąwszy zazwyczaj *(in der Regel)* zdania lekarzów; przez znawców tych ustawa rozumie fizyków w miastach rządzących się własnym statutem, lekarzy i weterynarzy powiatowych, rady sanitarne krajowe i państwowe, dodając atoli, że „w miarę potrzeby w poszczególnych przypadkach *(von Fall zu Fall)* powołać można i inne osoby sanitarne“, że następnie każdy lekarz powiatowy podporządkowany jest bezpośrednio staroście w miejscu swéj siedziby urzędowéj, że jednakowoż czynić winien zadosyć i wymogom służbowym reszty starostów okręgu swego urzędowego. Prof. Ritter słusznie zauważa, że ustawa uregulowała stosunek lekarza powiatowego do starostów, ale nie uregulowała naodwrót stosunku starosty do lekarza, a z tego wynika, że starosta może zarządzać środki sanitarne nie zawiadomiwszy nawet później, a tém mniéj z góry, lekarza powiatowego i że takie przypadki istotnie się zdarzają (w Czechach), a lekarz powiatowy z założonemi rękami podobnym zarządzeniom przypatrywać się musi. Słusznie autor artykułu zapewnia, że dopóty ustawodawstwo nasze sanitarne i lekarskie nie stanie się lepszém, dopóki znawcy mieć nie będą większego wpływu na ustawodawstwo.

Zgadzając się w zupełności na uwagi słuszne prof. Rittera, nie myślimy atoli pójść w ślad za nim i wywodzić żale *de lege ferenda.* Do nowéj ustawy daleko nam jeszcze, bo na ustawę z r. 1870, która mało kogo zadowoliła i tak bardzo długo czekać musieliśmy; wypada nam na teraz oswoić się z nią i w granicach przez nią wytyczonych podnieść niektóre wątpliwości, których usunięcie jest wskazaném, a jak wykażemy, w ramach ustawy możebném.

W skutek przeprowadzenia i u nas organizacyi publ. służby zdrowia powstały stosunki podobne, jakie w innych krajach koronnych już od lat kilku istnieją, to jest, że kilku lekarzy powiatowych otrzymało po 2 powiaty pod opiekę swoją lekarską i że każdy z nich, jakkolwiek na mocy ustawy podporządkowany jest bezpośrednio pod starostę, w siedzibie którego mieszka, to jednak czynić musi zadość i wymogom drugiego starosty, a wszystkie obowiązki, które na mocy §. 8 ustawy ciążą na lekarzu powiatowym, odnoszą się tak do jednego, jak i do drugiego powiatu. Obowiązki te zaś są liczne i ważne; ustawa bowiem wymaga nawet od lekarza powiatowego, aby w razie, jeżeli jest niebezpieczeństwo w zwłoce, działał natychmiast i pod własną odpowiedzialnością, aby okrąg swój sanitarny znał dokładnie, aby go od czasu do czasu zwidzał, a nawet częściéj, jeżeli potrzeba tego wymaga, aby od czasu do czasu przedkładał sprawozdanie umiejętne o wszystkiém, co znajdzie uwagi godnego w okręgu swoim itd. Jakże tu jednak pogodzić możebność wypełniania tych obowiązków z prawem nadaném przez ustawę starostom, aby mogli działać wyjątkowo i bez wiedzy znawcy, lub w miarę potrzeby i w pewnych przypadkach wzywać innych znawców, a niekoniecznie lekarza powiatowego (§. 6), a czy wtedy lekarz powiatowy jest choćby tylko „doradzcą lekarskim“, jeżeli nie tylko bez jego dorady, ale nawet bez jego wiedzy dzieją się rzeczy w jego okręgu, do doradzenia, a przynajmniéj ocenienia których właściwie on jest powołany. Wykonywanie zaś tych obowiązków staje się dla lekarza powiatowego absolutnie niemożebném, jeżeli naczelnik jednego ze starostw w okrąg sanitarny połączonych często korzysta z prawa wyjątkowego i często lub zawsze działa na własną rękę lub wzywa innych znawców; w takim razie lekarz powiatowy niemoże odwidzać tego powiatu, pozostaje w nim obcym, nie może działać na własną odpowiedzialność, nie może zdawać sprawy ze spostrzeżeń, do czynienia których nie został przypuszczony; w takim razie łączenie dwóch powiatów w jeden okrąg zdrowotny jest tylko iluzyją, a można było śmiało łączyć ze sobą nierównie więcéj powiatów, jeżeli właściwie tylko taki powiat ma lekarza, w którym lekarz mieszka. Że jednak taka praktyka tylko na szkodę kraju wychodziéby mogła, nie potrzebuje dowodu, a jakie byłyby sprawozdania roczne lekarzy powiatowych o stanie sanitarnym powiatów przyczepionych, jakie ich wykazy statystyczne, epidemijologiczne itd. również domyślać się łatwo.

Że gdzieindziéj się tak dzieje, wynika z artykułu wyżéj wspomnianego czasopisma praźskiego, a mamy pewną podstawę do przypuszczenia, że i u nas nie dzieje się inaczéj. Dowodzi tego rozporządzenie c. k. Namiestnictwa we Lwowie z d. 27 listopada rb. do L. 60621 wydane do wszy-

stkich starostów, w którém pomiędzy innemi znajduje się ustęp téj treści: Obowiązkiem lekarza powiatowego jest sprawdzać wybuch chorób epidem. i leczyć chorych zapadłych na chorobę nagminną. W razach więc, gdy wyjątkowo inny lekarz chorobę sprawdza, ma być podaną przyczyna, dlaczego lekarz powiatowy téj czynności nie dokonał; w przypadkach zaś, gdy lekarz pow. nie obejmuje leczenia chorych, należy również wymienić powód, oraz podać nazwisko lekarza, któremu poruczono leczenie, niemniéj okres czasu, w którym ma chorych odwidzać. Jeżeli zaś lekarz powiatowy ani wybuchu epidemii nie sprawdził, ani chorych nie leczył, należy mu polecić, aby w ciągu trwania epidemii przynajmniéj raz w zastępstwie lekarza ordynującego chorych odwidził i stan epidemii sprawdził.

Rozporządzenie to dowodzi, że już zdarzyły się i u nas przypadki, w których lekarz pow. nie widział na własne oczy epidemii wybuchłéj w jego okręgu zdrowotnym, bądź dlatego, że go starosta nie zawezwał, bądź dlatego, że może sam innego lekarza do téj czynności delegował. Rozporządzenie to więc czyni, co tylko jest możebném w ramach ustawy z r. 1870, aby z jednéj strony zapobiedz opieszałości lekarza pow., a z drugiéj, aby go wziąść w obronę na przypadek, gdyby go starosta czy to ze względów na oszczędność lub z innych powodów pomijał, a więc dba o to, aby wyjątek, dozwolony w §. 6 ustawy z r. 1870 w szczególnych przypadkach, nie stał się prawidłem.

Nie potrzebujemy dodawać, że rozporządzenie to było bardzo na czasie, a zdaje się, że Namiestnictwo nasze w téj mierze wyprzedziło rządy innych krajów koronnych, bo z artykułu na wstępie wspomnionego wynika, że w Czechach przynajmniéj podobne rozporządzenie, wyjaśniające w sposób całkiem odpowiedni §. 6 ustawy, dotąd się nie ukazało. Pokazuje się więc, że i ustawą niekoniecznie wzorową jako tako rządzić się można, jeżeli tylko wyłom każdy, z czasem powstający, prędko i stanowczo wypełniony zostaje.

Nauczeni jednak doświadczeniem, że rozporządzenia u nas już nieraz poszły w zapomnienie, musimy wyrazić jeszcze życzenie, aby Namiestnictwo zechciało czuwać nad ścisłém jego wykonywaniem, albowiem, jeżeli łatwo staroście w razie opieszałości lekarza pow. przypomnieć mu, jakie ma obowiązki, to naodwrót trudno lekarzowi pow. jako podwładnemu upomnieć się, gdyby był pominięty.

Podobno Namiestnictwo nasze zamierza wydać instrukcyję dla lekarzy pow. Instrukcyja taka jest bardzo potrzebną celem rozwinięcia §. 8 ustawy z r. 1870, który bardzo ogólnikowo wyraża się o obowiązkach lekarzy pow. Pożądaną byłoby rzeczą, aby w téj instrukcyi, przynajmniéj w ramach ustawy, dokładnie określone zostały obowiązki i prawa lekarzy pow. i asystentów, z uwzględnieniem zmian wywołanych przez niedawno przeprowadzoną organizacyję.

Prof. Blumenstok.

Listy z Warszawy.

IV.

Stan sanitarny Warszawy zaczyna coraz bardziéj zwracać na siebie uwagę naszéj prasy i coraz częściéj dają się słyszeć głosy upominające się o zaprowadzenie u nas ulepszeń, któreby nas od licznych chorób choć w części uwolniły, a które za granicą w najmniejszych i najuboższych miastach istnieją. Przyczyny złego stanu zdrowia w Warszawie bardzo są liczne. Przedewszystkiém wymienić należy brak systematycznie w całém mieście przeprowadzonych kanałów, któreby wodę nieczystą za miasto wydalały. Istnieją wprawdzie kanały miejskie w wielu miejscach, ale te więcéj do zanieczyszczenia powietrza i gruntu, niż do assenizacyi miasta się przyczyniają. Kanały te są w części tylko murowane, a w części z drewnianych bali i desek wykonane; te ostatnie co moment się psują a ziemia nad niemi się zawala. Połączenia ich z rynsztokami nie są w żaden sposób zabezpieczone, skutkiem czego straszny smród na zewnątrz się wydobywa. Najokropniejsza, w cząstki gnijące obfitująca kałuża, ścieka temi kanałami do Wisły i to bardzo blizko miejsca, skąd wodę do wodociągów zasilających całe miasto czerpią. Woda nieczysta, niemając żadnego odpływu, wsiąka do gruntu i zanieczyszcza wodę studzienną, któréj za napój i do kuchni używamy. Rozbiory też chemiczne, licznie w ostatnich czasach dokonywane, wykazały jak niesłychanie mało jest u nas studzień dobrą dostarczających wodę. Wodociągi, które przy pomocy pary pompują wodę z Wisły i rozprowadzają ją po domach, bardzo niedostatecznie funkcyjonują, gdyż dostarczają ledwo $\frac{1}{2}$ stopy kubicznéj na mieszkańca i dobę, kiedy ilość ta wynosić powinna najmniéj $2\frac{1}{2}$ do 3 stóp kub. Brak ten wody spłókującéj dotkliwie czuć się daje. Rynsztoki, których jest blisko 8 mil w Warszawie, znajdują się w bardzo opłakanym stanie. Wykonane one są wyłącznie z brukowanych kamieni, pomiędzy któremi znajduje się mnóstwo szpar i miejsc, w których woda stoi, rozkłada się i najokropniejszą woń wydaje. Gdyby spadek wszędzie był odpowiedni i gdyby wody spłókującéj była obfitość, to niedogodność ta niebyłaby tak wielką jak obecnie.

Jedną z ważnych przyczyn złego stanu sanitarnego naszego miasta stanowi wadliwa budowa miejsc ustępowych. W starych dzielnicach miasta i w starych domach wychodki znajdują się w bardzo złym stanie, dół kloaczny niezawsze murowany, nad tém wychodki z desek drewnianych napół zgniłych, oto całe pierwiastkowe urządzenie ustępowych miejsc. O jakiejś wentylacyi, o dezinfekcyi, o użyciu podłogi, ba! nawet o zamiataniu codziennem, ani mowy tu niema; to też cuchną te ustępy w przerażający sposób i co gorsza, zawartość ich dostaje się do wody studzien, które najczęściéj tuż obok nich się znajdują. Taki stan rzeczy istnieje przedewszystkiém w staréj części miasta, gdzie domy są małe o trzech lub czterech oknach frontu, a podwórza skutkiem tego bardzo zacieśnione. W domach nowszych jest niby lepiéj ta rzecz urządzona, ale także w bardzo wadliwy sposób. W nowo powstających domach nie wolno innych wychodków stawiać, jak tylko doły kloaczne przepisanych rozmiarów, na cemencie murowane. Ci, którzy przepisy owe wydawali, nie znali zapewne doświadczeń Dra Wolffhügela (*Zeitschrift für Biologie Bd. XI.* str. 459.), które jasno wykazują, iż zawartość kanałów nawet przez murowane dno do gruntu się dostaje. Tam gdzie nie ma stałéj angielskiéj kanalizacyi, ruchome beczki, *fosses mobiles*, jedynie celowi odpowiadają, jak to ludzie kompetentni utrzymują, ob. Pettenkofer, *Vorträge über Kanalisation und Abfuhr* 1876, str. 53. Przepisy takie u nas wydawane są przez ludzi niefachowych, niemających pojęcia o higijenie i o ostatnich zdobyczach medycyny publicznéj. Wypróżnianie wychodków odbywa się prawdziwie w sposób skandaliczny: istnieją przedsiębiorcy prywatni, którzy za duże pieniądze ręcznemi pompkami wypompowują zawartość dołów kloacznych do beczek i następnie takowe za miasto wywożą, ale manipulacyja ta

odbywa się wśród białego dnia, w czasie największego ruchu na ulicach i podwórzach! Doprosić się nie można rozporządzenia, żeby wypróżnianie kloak było dozwolone tylko w nocy. Mała tylko zawartość kloak spożytkowaną bywa przez okolicznych rolników, większą jéj część wylewają pod Warszawą na piaski, nieużytki etc., co daje powód do licznych narzekań, tak okolicznych mieszkańców, jak i przejezdnych.

Śmietniki w najsmutniejszym stanie zachowywane i rzadko wypróżniane, przyczyniają się nie mało do zakażenia powietrza i gruntu. Wreszcie najzupełniejszy brak wychodków publicznych i pissoirów na ulicach sprawia, iż we wszystkich zaułkach, przy parkanach, na większych podwórzach istnieją kałuże z moczu, o których odwietrzanie nikt się nie troszczy i które skutkiem tego są bezustanném źródłem zakażającém powietrze. O odwietrzaniu u nas w ogóle pojęcia nie mają, istnieje np. przepis policyjny, żeby stróże odwietrzali rynsztoki za pomocą roztworu siarczanu żelaza; i jakże wywiązują się oni z tego zadania? oto nad brzegiem rynsztoka, w miejscu suchém tak wysoko położoném, że nigdy do niego woda nie sięga, malują kamienie powyższym roztworem i to nie w całéj długości, lecz tylko w odstępach łokciowych! Do rynsztoka samego nic go nie wlewają. Codziennie widzieć można na ulicach Warszawy tak ugarnirowane rynsztoki i posłużyć one mogą jako *testimonium paupertatis* pewnéj klasy naszego społeczeństwa.

Dzisiejszemu prezydentowi miasta p. Starynkiewiczowi oddać należy sprawiedliwość, iż ożywiony jest najlepszemi chęciami i stara się całemi siłami o poprawienie stanu sanitarnego Warszawy; usiłuje on zapoznać się ze wszystkiém, co w téj materyi piszą, a nawet sam głos zabiera. Na nieszczęście nie wiele może on zrobić; wszystkie ważniejsze sprawy wysyłane bywają po zatwierdzenie do Petersburga; droga to długa, a wszystkie ważniejsze reformy odkładają do chwili, kiedy ma być zaprowadzony samorząd miasta z wybieralnym z pośród obywateli prezydentem. Wynikiem starań dzisiejszego prezydenta jest projekt kanalizacyi miasta Warszawy i zaopatrzenia jéj w wodę, wykonany przez inżyniera angielskiego Lindlaya. Według kosztorysu przez niego wykonanego koszta wynosić mają koło 6 milijonów rubli. Projekt ten nie jest jeszcze w szczegółach swoich znany publiczności; tłumaczony jest on obecnie na język polski i rosyjski i ma być wkrótce przedstawiony władzy do zatwierdzenia. Prezydent obiecuje, iż w przyszłym roku rozpoczną się już roboty i że stosunkowo nie wielkie ciężary wynikną z tego powodu dla mieszkańców miasta. Ciekawa rzecz, co p. Lindlay radzi począć z zawartością kanałów; wątpimy żeby zalecał wlewać ją do Wisły, choćby w miejscu najbardziéj oddaloném od Warszawy. Wiadomo, iż sposób ten jest przez wszystkich potępiony, przez parlament angielski wprost zakazany a ostatnie poszukiwania w Londynie dotykalnie przekonały, jak szkodliwym on jest dla zdrowia publicznego. Wszystkie nieczystości z Londynu wyprowadzane są kanałami wzdłuż północnego i południowego brzegu Tamizy daleko, prawie aż do ujścia téj rzeki do morza i tam dopiero wlewane są do niéj; otóż w ostatnich czasach dowiedziono, iż z powodu wstecznego ruchu wody w czasie przypływu morza nieczystości zostają zwracane aż do samego Londynu i tam zakażają wodę i powietrze.

(Dokończenie nastąpi.)

Zakład leczniczy „Fürstenhof“ w Styryi górnéj.

przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50.)

Kol. Cz. podniósł do zasady i nazwy to, co leżało w objaśnieniu skuteczności hydroterapii, to jest: działanie czynnika termicznego. Co więcéj kol. Cz. przeprowadził tę zasadę z całą ścisłością w praktyce. Oprócz czynnika termicznego, którego używa jako podniety nerwowéj, unika on wszystkiego, coby mogło działanie tego czynnika zaburzyć lub zakryć: nie używa więc ani natrysków i wodospadów, w których uderzenie przeważa, ani sadzawek, w których masa wody może działać przez ucisk hydrostatyczny, nie podaje wody do picia w zamiarze wypławienia i wyługowania ustroju. Wykonywa więc termoterapiję hydryjatyczną w znaczeniu ścisłém.

Kol. Cz. stawia na pierwszém miejscu te skutki zimna, które drogą zwrotną w ustroju można wywołać i radzi je wyzyskiwać metodycznie nie tylko w leczeniu upadku czynności odżywczych w chorobach przewlocznych, ale i w leczeniu gorączki. W ostatnim względzie rada kolegi Cz. znajduje podstawę w nowszych teoryjach gorączki, (zobacz prof. Dra Korczyńskiego „Nowsze teoryje gorączki“), w których przypuszczamy istnienie ognisk nerwowych drogą zwrotną działających na utlenienie i wytwarzanie ciepła w ustroju. To też drogą tą według tego przypuszczenia można działać na umiarkowanie gorączki. W celu wywołania tych skutków nie należy poprzestawać na samém oziębianiu ustroju drogą fizyczną za pomocą przeciągłéj kąpieli zimnéj, lecz za pomocą częstego powtarzania kąpieli lub okładów zimnych ogólnych.

W leczeniu chorób przewlocznych należy całkiem unikać skutków fizycznych zimna tj. oziębiania całego ciała lub całéj masy jego krwi, co nie trudno wykonać przez zastósowanie zimna przelotne w takiéj ilości i w takim stopniu, jaki w każdym danym przypadku właśnie wystarcza do wywołania drogą zwrotną skutków pożądanych.

W Graefenbergu używano bardzo niskich stopni zimna do kąpieli ogólnych i częściowych. Ciepłota najwyższa źródeł graefenbergskich wynosiła 10.6° C. (źródło Zofii), najniższa 4.3° C. (źródło Fińskie), średnica z 34 źródeł 5.9° C. Zimna woda była więc w ręku Priessnitza dla natury człowieka cywilizowanego prawdziwym knutem, który napędzał ją do wielkich wysileń w celu przywrócenia równowagi ciepła utraconego. Kol. Cz. używa tyle i takiego zimna, ile i jakiego właśnie potrzeba w danym przypadku. Skala zimna leżąca pomiędzy 20° C. a 10° C. należy tu już do środków heroicznych, poniżéj 10° C. do wyjątkowych i nadzwyczajnych

Podczas gdy dla podrażnienia nerwów za pomocą zimna lub ciepła względnego wystarcza bardzo powierzchowne oziębienie lub ogrzanie skóry, potrzeba czasu dłuższego i znacznych ilości zimna lub ciepła, ażeby odjąć ciału tyle ilości ciepła, żeby ciepłota spadła poniżéj stopnia prawidłowego. Ani ogrzanie ani oziębianie ciała nie idzie prędko ze względu, że skóra, tłuszcz, mięśnie, tkanina łączna są złemi przewodnikami ciepła; tak np. gdy zewnątrz skóry zastósujemy gorąco 400° C. w jéj głębszych warstwach znajdziemy zaledwie 50° C. (Hoh, l. c., 227). Pojemność tkanin ciała zwierzęcego dla ciepła jest mniejszą od wody z wyjątkiem krwi tętniczéj (Hoh, l. c.); z tych względów można ozię

bienie ograniczyć do powierzchownych warstw skóry nieoziębiając masy krwi, a têm mniéj masy ciała. Takie powierzchowne oziębienie wystarczy do wywołania najsilniejszych zmian w ustroju drogą zwrotną, jeżeli zimno zastósujemy według wskazówek doświadczennych. Inaczéj rzecz się ma z ogrzewaniem za pomocą opasek wygrzewających i zawijania w złe przewodniki całego ciała. W pierwszéj chwili opaska zmaczana w wodzie zimnéj działa jako bodziec nerwowy, lecz gdy pod nią nagromadzi się cieplo własne ciała, poczyna się ogrzewanie pod nią leżącéj części ze wszystkiemi jego skutkami fizycznemi. Ciepło rozszerza różne tkaniny ciała w różnéj mierze, rozszerza ustępy drobinowe czyli rozrzedza spójność tkanin i têm samêm powiększa objętość. Powiększenie objętości może być miarą wewnętrznego rozrzedzenia drobinowego utkania; tak np. ciało człowieka ważące 60 kilogramów zyskuje na objętości w kąpieli parnéj (40°C.) 62 cm. sześć. na jeden kilogram masy. Ten skutek fizyczny ogrzewania termoterapija hydryjatyczna wyzyskuje w celu usuwania stwardnień, zgrubień i nacieków zapalnych miejscowych, co się dzieje już to przez rozszerzenie naczyń odżywczych i większego dowozu krwi, już to przez rozszerzenie spójności drobinowéj w utkaniach, już to przez pobudzenie wnikania komórkowego za pomocą zastósowania bodźca zimnego do części wygrzanych. Kolega Cz. bardzo troskliwie wyzyskuje działanie miejscowe opasek wygrzewających, które przykrywa starannie płótnem kauczukowêm dla têm pewniejszego ogrzania części pod opaską będących. Zawijań w koce używa kol. Cz. w przypadkach poszczególnych, gdyż skutki tego środka mają inne znaczenie terapeutyczne niż skutki ogrzewania miejscowego, chociaż na tych samych polegają zasadach.

Sposoby zastósowania téj termoterapii hydryjatycznéj w zakładzie Fürstenhof są proste. Należy to do reguły, że jeden chory przez cały czas swojego pobytu w zakładzie tylko jednym i tym samym sposobem bywa leczony, chociaż przechodził przez różne ilości i stopnie zimna a względnie ciepła. Jest to zasługa kol. Czerwińskiego, że uprościł do najwyższego stopnia zastósowanie hydroterapii chorób przewlocznych przez wytłumaczenie jasne i gruntowne rękoczynów poszczególnych używanych w Graefenbergu i będących niejako normą dla wszystkich zakładów hydroterapeutycznych. Tłumaczenie jego jest w wysokim stopniu konsekwentne, treściwe i zgodne z têm wszystkiêm, co nam podają odnośne doświadczenia fizyjologiczne i dokładne spostrzeżenia kliniczne. Jest ono lepsze bez porównania, niż innych autorów, którzy przed nim to samo czynili, lepsze niż Beni-Barda. Nie jest to tylko moje zdanie, lecz Dr. W a g n e r w „*Correspondenzblatt für Schweitzer-Aerzte*,“ 1876, Nr. 13, postawił tłumaczenia Cz. wyżéj nad Beni-Barda, a Dr. B r u n n e r w „*Pamiętniku towarz. lek. warsz.*,“ za rok 1876, niemoże dosyć nachwalić się zasługi Cz., jakkolwiek nieszczędzi mu ostréj nagany za zboczenia od przedmiotu i niedbałości w przedstawieniu rzeczy naukowêm. Niemniéj i inni krytycy dziełka Czerw. nieodmówili mu swojego uznania jak Drowie Richter, Kisch, Baum, Pleniger. Dzięki tłumaczeniu, jakie nam dał Cz. o działaniu „procedur poszczególnych,“ wiemy, że zewnętrzna postać takowych może być jedna i ta sama a wewnętrzna jéj wartość lekarska może być według zasad umiejętnych i według doświadczenia i wskazania w każdym przypadku odmienna. Dzięki Cz., hydroterapija chorób przewlocznych może równie z łatwością stać się sztuką pospólną dla lekarzy, jak hydroterapija gorączki, która w nowszych czasach stała się w Niemczech prawie powszechną. Postępując za wskazówkami Cz. stosuję w niektórych chorobach przewlocznych, tak w szpitalu jak w praktyce prywatnéj, postępowania hydroterapeutyczne proste i łagodne, i mam z niego pomoc zadowalającą w leczeniu zwyczajném.

W y k o n a n i e r ę c z n e hydroterapii w porównaniu z w y k o n a n i e m m a s z y n o w ê m, francuskiêm, ma niezawodnie wyższość nie tylko co do prostoty, lecz i co do wartości wewnętrznéj. Człowiek inteligentny wykształcony na łaziebnego niezawodnie rozumniejszą jest w rękach lekarza machiną niż najlepsze urządzenie natrysków. Nacieranie ręczne nierównie przyjemniejsze niż uderzenia natrysków; zresztą zadrażnienie mechaniczne tych ostatnich jest nadzwyczaj jednostajne mimo różnicy ucisku hydraulicznego, podczas gdy ręka ludzka nadać może swojemu działaniu mechanicznemu nieskończone prawie odmiany. Wstrzymuję się jednak od zdania stanowczego co do natrysków, gdyż zapewne dłuższe doświadczenie tę rzecz rozsądzi.

Przedstawiłem tu ile mogłem dokładnie hydroterapiję zakładu Fürstenhof ze stanowiska lekarza, który zawsze za tym będzie przemawiać sposobem leczenia, który jest prostszy, wolny od przydatków ubocznych i łatwy do zastósowania.

W końcu niech mi będzie wolno dodać kilka słów o wartości saméj hydroterapii. Działanie jéj z jednéj strony zdaje mi się być podobne do klimatu podbudzającego czynności odżywcze, z drugiéj zaś strony do działania prądów elektrycznych na układ nerwowy. Według podziału czynników leczniczych dawniejszego porównywano skutki różnych sposobów zastósowania hydroterapii do chłodzących (*temperantia*), podniecających (*excitantia*), drażniących (*irritantia*) itp. Jednak stósowniéj byłoby poporządkować skutki hydroterapii pod podział leków uczyniony przez Köhlera w „*Handbuch der physiol. Therapeutik*,“ Göttingen 1876. Hydroterapija racyjonalnie zastósowana byłaby w skutkach swoich podobna do tych leków, które: 1) p o m n a ż a j ą u t l e n i e n i e i w y m i a n ę m a t e r y i z p r z y b y t k i e m w o d n o w i e o g ó l n é j. Tyczy się to użycia zimna w hydroterapii chorób przewlocznych, rozumie się, gdy przy zastósowaniu postępowań zimnych dostarczymy potrzebnéj ilości i jakości pokarmu, ruchu i powietrza. Użycie ciepła w hydroterapii chorób przewlocznych mianowicie zawijanie całego ciała w złe przewodniki ciepła, podobne jest w swoich skutkach do leków, które 2) p o m n a ż a j ą u t l e n i a n i e i w y m i a n ę m a t e r y i l e c z z u b y t k i e m w o d n o w i e o g ó l n é j. Można téż nadać hydroterapii znaczenie leków, które pomniejszają utlenianie i wymianę materyi z przybytkiem lub ubytkiem w odnowie, jak to zamierza racyjanalna terapija niekiedy w ostrych zapaleniach i zakażeniach. Lecz w chorobach przewlocznych wątpię, czy może zachodzić przypadek, gdzieby należało przytłumiać czynności odżywcze ustroju. Jak na teraz hydroterapija, któraby to czyniła, nie mogłaby być uważaną za racyjonalną. Dla tego téż kol. Cz. odsuwa jak najstarniéj możność ziębienia ustroju swoich chorych i używa zimna tylko jako bodźca dla układu nerwowego, ciepłu zaś pozwala roztaczać swoje działanie fizyczne.

Jeżeli podołałem dać jasne pojęcie o têm, w czém leży wartość lekarska termoterapii hydryjatycznéj, wykonywanéj w zakładzie w Fürstenhofie, spełniłem moje zadanie.

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 19 grudnia. Doszedł nas już Rocznik Medycyny Polskiéj na r. 1879 w dwóch częściach; kalendarz ładnie oprawny nie ustępuje w niczém zagranicznym, a przegląd literatury lekarskiéj w zeszycie nieoprawionym stanowi bardzo pożyteczny dodatek. Mimo to obie części kosztują nie więcéj niż kalendarze niemieckie Szkoda, że Rocznik zjawił się nieco późno, ale mimo to spodziewamy się, że koledzy nie odmówią poparcia wydawnictwu krajowemu.

* W Nrze 24 *Gazety Lekarskiéj* z dnia 14 bm. i r. znajdujemy w Kronice artykuł p. n. „Spostrzeżenia nad działaniem leczniczém przetworu z t. zw. karaluchów *(Blatta orientalis)* p. K ö l l e r a“. Jestto ta sama rozprawka, która p. t. „Przyczynek do działania karaczanów *(Blatta orientalis)*“ umieszczoną była przez Dra K ö h l e r a z Kościana w Poznańskiém w Nrze 21 Przeglądu Lek., a następnie w Nrze 38 *Berl. klin. Wochenschrift*. *Gazeta Lekarska* więc powtórzyła tę rozprawkę zmieniwszy tylko wyraz „karaczany“ na „karaluchy“ i nazwisko Dra Koehlera na K ö l l e r a, a niepodawszy bynajmniéj źródła, z którego ją zaczerpnęła. Mamy podstawę do przypuszczenia, że *Gazeta Lekarska* zapożyczyła się u Przegl. Lek., a choćby nawet nie wiedziała była, że rozprawa Dra Koehlera pierwotnie ukazała się po polsku w naszym tygodniku, i tym sposobem dopiero ną podstawie tłumaczenia niemieckiego zdała sprawę czytelnikom swoim o rozprawie polskiéj, to powinna była podać przynajmniéj jako źródło tygodnik berliński. Pominięcie zaś źródła, zmienienie napisu i nazwiska autora, są to rzeczy, które się nigdzie nie praktykują i dlatego zwracamy uwagę Redakcyi na to postępowanie niestósowne, spodziewając się, że *Gazeta Lekarska* nie powróci znów na dawne tory i nie zatęskni za owym okresem swego istnienia, kiedy to współpracownikami jéj na pierwszém miejscu byli H e s c h l o w i e, M e n z l o w i e itd., którzy zapewne nigdy się nie dowiedzieli o zaszczycie, jaki ich spotkał w Warszawie.

* **Kraków,** d. 20 grudnia. W chwili zamknięcia tygodnika otrzymujemy ze Lwowa wiadomość pewną, że Wydział krajowy zamianował prymaryjuszem oddziału 2go dla chorób wewn., urządzić się mającego w szpitalu św. Lazarza w Krakowie. Dra Stanisława P a s z k o w s k i e g o, asystenta kliniki chorób wewn.; Drów zaś W i l k o s z a, M ą c z k ę i M u r d z y ń s k i e g o sekundaryjuszami 1éj kl., a Drów K r a m a r z y ń s k i e g o i R o s n e r a sekundaryjuszami 2éj kl. przy tymże szpitalu.

Równocześnie Wydział krajowy zamianował Drów Włodzimierza D o b i ń s k i e g o i Alfreda Ignacego L a s k i e w i c z a - F r i e d e n s f e l d a (dotychczasowego sekundaryjusza w klinice prof. Meynerta we Wiedniu) prymaryjuszami, Drów zaś D u b a n o w i c z a i H a n k i e w i c z a sekundaryjuszami w krajowym zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie.

W obec złowrogich wieści, które nas wczoraj doszły w sprawie obsadzenia posad kulparkowskich, z przyjemnością pospieszamy z doniesieniem nominacyj, które, przyznać należy, w danych okolicznościach były najodpowiedniejsze. Czy jednak Wydział krajowy z wyboru rządcy nowego również szczęśliwie się wywiązał, to dopiero przyszłość okaże.

W poniedziałek dnia 23 grudnia br. o godzinie 5téj po południu odbędzie się posiedzenie poufne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w celu narady nad zmianą statutu i najbliższemi wyborami.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 2038.

Konkurs

na posadę lekarza prymaryjusza przy szpitalu powszechnym w Sanoku z płacą roczną 500 zlr. aw. Podania wnoszone być mają w przeciągu 6ciu tygodni do tutejszego magistratu, do których dołączyć należy dowód otrzymanego stopnia Dra wszech nauk lekarskich lub też przynajmniéj doktora medycyny, chirurgii i akuszeryi.

Ubiegający ma się także praktyką szpitalną wykazać

Sanok 7 Grudnia 1877.

APTEKA
POD GWIAZDĄ W KRAKOWIE
Konstantego Wiszniewskiego

Poleca Wodę gazową z pyrofosforanem żelaza z Fabryki **Struwego** z Wrocławia, używaną zwłaszcza w chorobach dzieci jakotéż i dorosłych gdzie żelazo jest wskazane, nie sprawiając zatwardzenia.

Poleca również: **Pepsinę** rozpuszczalną z Rostoku, **Pepton Adamkiewicza aromatyczny** i **Pepton Sandersa,** jakotéż **Pepton żelazisty** z fabryki chemicznéj Frydryka Wittego. Fepton tenże jest sproszkowany w wodzie w ciepłocie 28° zupełnie się rozpuszcza i zawiera pięć procent niedokwasu żelaza. Na żądanie przesełam opis.

Utrzymuje na składzie także niemal wszystkie **przetwory zagraniczne i przyrządy:** daléj przybory do oprawy według Listera i Thierscha, jako to: **Watę salicylową, gazę karbolową, Silk nici** itd., których cenę w skutek coraz większego zastósowania fabryka w Szafhuzie znacznie zniżyła.

Także zupełnie świeży **Tran** rybi biały i żółty z Bergen oraz wszystkie **wody mineralne** tak zagraniczne, jakotéż krajowe.

RUDOLF THÜRRIEGL
Fabrykant chirurgicznych narzędzi
WIEDEN

Alservorstadt am Glacis. Schwarzspanierhaus Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**

W Administracyi PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO

jest do pozbycia niewielka liczba kompletnych egzemplarzy **Przeglądu Lekarskiego** z lat 1873, 1874, 1875, 1876 i 1877.

PRZEWODNIK
do klimatycznego leczenia

obejmujący stacyje klimatyczne Europy i Afryki, napisany przez Dra **Z. Dobieszewskiego,** można nabyć w Redakcyi Przeglądu Lek. po pięć złr.

Odwar zdrowia Lemaire'a, przepisywany przez najznakomitszych lekarzy świata całego, leczy w zupełności *zatwardzenie, hemoroidy, hysterję, podagrę, migrenę, uderzenia do głowy*. P. professor Ménière tak się wyraża do swych uczniów, w wykładzie swoim w szkole medycznej Paryzkiej: «Sam przepisuję i panom szczególnie zalecam **Odwar Zdrowia Lemaire'a**, w zatwardzeniach uporczywych, etc.»

Skład główny: w aptece przy ulicy Grammont, 14, w Paryżu. — we *Lwowie*, w aptece p. Krzyżanowskiego, obok Brygidek; — w *Krakowie*, w aptekach pp. Trauczyńskiego i Redyka; — w *Poznaniu*, u Dra Mańkiewicza i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

Vin de Bugeaud
Toni-Nutritif
Au Quinquina et au Cacao combinés

Trudność, z jaką żołądek znosi przetwory chiny, i w ogóle substancye gorzkie, nieraz wprowadzała w kłopot lekarzy praktycznych. Lecz od czasu wprowadzenia między środki lecznicze połączenia zwanego:

WINEM ŚCIĄGAJĄCO-ODŻYWCZEM BUGEAUD'A,

w którém Kakao połączone z chiną dla złagodzenia własności ściągających, — trudność ta już więcéj nie istnieje.

Zwracamy szczególnie uwagę ciał lekarskich na ten szacowny środek leczniczy, który od 20 dopiero lat zalecany z wybornym skutkiem przez najznakomitszych lakarzy, sprowadza najlepsze skutki we wszystkich przypadkach, w których wskazane są środki ściągające i wzmacniające razem, — a szczegółowo w następnych chorobach: *w niedokrewności, w cierpieniach nerwowych, upławach, w przewlocznej biegunce, w osłabieniu płciowém, przekrwieniach biernych, w gnilcu, w żołzach* etc. Przetwór tego wina na podstawie wina hiszpańskiego, wymaga dla rozczynu Kakao, istot szczególnych, jakie się nie znachodzą w lekowniach; potrzeba zatém dla zapewnienia się o pochodzeniu tego leku, zapisywać go pod nazwą:

«WINA ŚCIĄGAJĄCO-ODŻYWCZEGO BUGEAUD'A».

Wyjątkowa wziętość, jakiej nabyło wino ściągająco-odżywcze Bugeaud'a u lekarzy wszystkich krajów, obudziło chciwość niektórych przemysłowców. Wypada zatém wystrzegać się podrobienia i naśladownictwa od niektórych niesumiennych pośredników.

SKŁAD GŁÓWNY: *w Krakowie*, w aptekach PP. J. Trauczyńskiego i Redyka; *we Lwowie*, w aptece P. Mikolascha; *w Warszawie*, w składach materyałów aptecznych PP. Ferd. Aug. Gallego i Lud. Spiessa i w aptece P. Lilpopa; *w Wilnie*, w aptece P. Chrościckiego; *w Kijowie*, w aptece PP. Marcińczyk braci; *w Poznaniu*, w aptece P. doktora Mankiewicza.

ADMINISTRACYJA
„Przeglądu Lekarskiego"

dostarczać będzie abonentom brakujących im Numerów **Przeglądu Lekarskiego** z r. 1878, po dzień 15 Lutego 1879 r.

Rok I. — 1879.
Rocznik Medycyny polskiéj

wydawany staraniem i nakładem Dra **J. ROGOWICZA**, Redaktora „M e d y c y n y" wyszedł z druku w dwóch częściach:

Część I. (zbroszurowana) zawiera Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego str. 200.

Część II. informacyjna i kalendarzowa (oprawiona w płótno angielskie z dodaniem ołówka) zawiera tekstu str. 72 i dziennik z kalendarzem na rok cały 1879, str. 192.

Cały zatem Rocznik zawiera 14½ arkuszy druku w 16ce i sprzedaje się: w **Administracyi Przeglądu Lekarskiego** i w księgarni **Krzyżanowskiego w Krakowie** po 1 złr. 35 cent., z przesłaniem pocztą 1 złr. 45 centów.

Objąwszy z dniem 18 października rb. urząd członka Wydziału i Podskarbiego Stowarzyszenia dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich upraszam wszystkich Członków tego Stowarzyszenia zalegających z opłatą składek aby takowe jak najrychléj na moje ręce nadesłać raczyli, nadmieniając, iż składki te nadsełać można łącznie z Przedpłatą na Przegląd Lekarski.

Dr. Grabowski.
Rynek Nr. 45.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają sie tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $4\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Kraków, 28 grudnia 1878. № 52. Rok XVII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, rozpoczyna w dniu 1 stycznia 1879 **osiemnasty rok** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości średniéj $1\frac{1}{2}$ arkusza na tydzień jak **najregularniéj.**

Przychylność, jakiéj pismo nasze z tylu stron odbiera dowody, skłania nas do pozostawienia i w roku przyszłym obecnego programu, z tą tylko różnicą, iż spełniając życzenie wielu kolegów postaramy się o większe niż dotąd uwzględnienie działu przedstawień obecnego stanowiska ważniejszych kwestyj naukowych, osobliwie mających znaczenie dla lekarza praktycznego.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „
kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „

we Francyi i Belgii:
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Carrefour de la Croix rouge 2.

☞ Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Przyczynek do patologii zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle kiłowém.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51.)

Mimo energicznéj terapii atoli duszność wzmagała się ciągle, piski i świsty w płucach również się zwiększyły, tętno drobne wynosiło 100 na minutę, skutkiem czego w dwa dni po przybyciu choréj na klinikę naszą, tj. o godzinie 7 wieczorem 14 marca, prof. Rosner w obec przystępującéj sinicy widział się zmuszonym do wykonania cięcia krtaniowego powyżéj gruczołu tarczykowego, zrazik jego bowiem środkowy przerosły nie dozwalał rozcięcia tchawicy tuż ponad rękojeścią kości mostkowéj, jak to z góry zrobić zamierzaliśmy. Sama operacyja odbyła się bez znaczniejszego krwotoku zupełnie według prawideł chirurgii, a tylko zrazik ów wspomniany gruczołu tarczykowego stawiał nam znaczne przeszkody tak, że go z góry zupełnie oddzielić musiano. Zaraz po rozcięciu tchawicy wyrzuciła chora dużo zbitego, ropiastego śluzu, jednakowoż nie doznała takiéj ulgi i nie oddychała z taką swobodą, jaką zauważyłem tylokrotne u dzieci dotkniętych dławcem lub jeżeli zwężenie np. z powodu błony łączącéj oba więzadła prawdziwe głosowe ma swą siedzibę w krtani. W pół godziny po dokonaniu zabiegu operacyjnego nastąpiła znakomita ulga, chora oddychała swobodniéj lubo zawsze z pewną trudnością. Założono opatrunek Thierscha po spojeniu rany szwami węzełkowemi. Noc upłynęła dosyć spokojnie, trzeba było jednak czyścić kanulę bardzo często, bo zapychała się ciągle kawałkami zbitego, ropiastego śluzu. Ciepłota, która była po operacyi 37·4, wynosiła nazajutrz tj. 15 marca o godzinie 9 36·9, tętno 80, oddechów było 20 — 24. W dwie doby po wykonaniu operacyi tj. 16 marca doznała chora znów mocnego napadu duszności, który atoli wkrótce ustąpił po dokładném oczyszczeniu kanuli. Auskultacyja płuc wykazała piski wydatne. Chora uskarża się na ból w piersiach tuż po za rękojeścią kości mostkowéj. Ciepłota wzmogła się do 38·2, a wieczorem do 38·9°, t. 100. Odjęto trzy szwy węzełkowe, rana spojona *per primam intentionem.* Aby zapobiedz ciągłemu inkrustowaniu kanuli śluzem zbitym i lepkim, zalecono choréj rozpylanie wody wapiennéj ciepłéj i oddychanie nią przez rurkę, co chora znosiła bardzo dobrze.

17 marca w nocy spała nieco, oddychała znacznie swobodniéj. Ranę nazajutrz przestrzyknięto rozczynem kwasu borowego 4%, a celem uśmierzenia kaszlu zalecono proszki

z *Extr. Belladonnae et Natri bicarbon. (Extr. Bellad. 0,15, Natri bicarbon. Pulver. gummos. aa. 2,00 mf. pulv. div. in part. aeq. X.* Po 2 proszki dziennie). Wcierania usunięto zaraz po operacyi, kali jodatum jednak postanowiono dalej podawać.

18 marca gorączka zupełnie już ustąpiła, tak że wieczorem wynosiła tylko 37·5, t. 84. Badanie wziernikowe wykazało mocne zaczerwienienie więzadeł prawdziwych i całej błony śluzowej krtań wyścielającej. Przy opatrywaniu wydobyto całą kanulę mocno zanieczyszczoną, a podczas przerwy badano jeszcze wnętrze tchawicy za pomocą lusterka małego. Najskrzętniejsze jednak badanie nie wykryło w obrębie rany żadnej większej nieprawidłowości, prócz szarego zabarwienia brzegów rany w tchawicy. Badanie moczu dokonane w pracowni prof. Stopczańskiego wykazało ilość białka dosyć znaczną, śluz i drobnoziarnistą masę jakby z rozpadniętych wałeczków Belliniego.

19 marca wystąpiły dreszcze i gorączka dochodząca do 40° C. wieczorem, badanie płuc jednak nie wykazało żadnych zmian głębszych prócz świstów i furczeń. Zalecono chorej lewatywę z olejem rącznikowym z powodu kilkudniowej obstipacyi i chinin z morfinem (0,30 Chinini c. 0,015 Morphii 2 razy dziennie) przeciw chronicznemu obrzękowi śledziony i kaszlowi. Nazajutrz już ciepłota się obniżyła, lecz badanie rany przy opatrywaniu wykazało dość mocne zaczerwienienie skóry i obrzęknięcie gruczołu tarczykowego. Rana też nieco się rozeszła w części dolnej, tak że brzegi jej musiano spoić plastrem zwyczajnym. Od czasu do czasu przebywa chora krótkie napady duszności zwłaszcza przy połykaniu kawałeczków mięsa lub bułki. Chora nawet bez kanuli oddycha względnie dobrze, jeżeli jednak ranę zamknie się przylepcem, dusi się i wyrzuca potem kłębek śluzu ropiastego.

Od 20 marca stan zupełnie bezgorączkowy, chora oddycha przez godzinę i dłużej dość swobodnie mimo zatkania kanuli koreczkiem, i mówi wyraźnie ale głosem ochrypłym. Wziernik krtaniowy i w dniach następnych wykazywał mocny obrzęk błony śluzowej krtani, strun głosowych prawdziwych, lejkowate zwężenie całego wejścia do krtani aż ku krzywiznie kanuli. Rana skórna zabliźniła się po 2 tygodniach zupełnie, a otwór dla kanuli poczynał się skutkiem bujania granulacyi zwężać coraz to bardziej. Skutkiem tego chora uskarżała się na ból przy wkładaniu codziennem kanuli troskliwie zawsze oczyszczanej w kwasie karbolowym. Ztąd od 10 marca poczęto wkładać kanulę tylko co 2gi dzień: napady duszności pojawiają się czasami, lecz po wykrztuszeniu śluzu ustępują; tylko cera twarzy nabrała obok dawnej barwy żółtawej jeszcze odcienia sinawego. Chora uskarża się ciągle na zawadę w oddychaniu po za rękojeścią kości mostkowej, kilkakrotne jednak badania tchawicy za pomocą małego wziernika przez ranę po tracheotomii nie doprowadziły do żadnego rezultatu. Mocz się oczyścił, zawiera tylko małą ilość białka.

W nocy z 15 na 16 kwietnia chora nagle (o godzinie 2½) wśród napadu duszności umarła.

Taki jest pokrótce opowiedziany przebieg cierpienia, którego siedziba i stosunki anatomo-patologiczne obudzały naszą ciekawość w wysokim stopniu, tak, że z uwagą mocno naprężoną przypatrywaliśmy się sekcyi wykonanej łaskawie przez prof. Dra Browicza. Rezultat oględzin pośmiertnych wyjaśnił nam dostatecznie wszelkie wątpliwości. Siedzibę cierpienia stanowiło miejsce podziału tchawicy i wejście do obu oskrzeli, szczególniej zaś do oskrzela prawego i przedstawiało się jako zwężenie bliznowate w postaci pierścienia, a stopień ścieśnienia tego był tak znaczny, że zaledwo przezeń udało się przesunąć cienki zgłębnik metalowy. Blizna tak mocno skurczona zawdzięczała z wszelką pewnością powstanie swe rozległemu owrzodzeniu powstałemu po rozpadzie kilaków (*gummata*) usadowionych w miejscu bifurkacyi tchawicy, jak tego trafnie na podstawie literatury i zbadania przypadku niniejszego dowiódł kol. Ponikło w wykładzie mianym przy przedstawieniu tchawicy i płuc naszej chorej. (Patrz Przegląd Lek. Nr. 28. Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek.) Małe ognisko gruźlicze znajdujące się w dolnym zrazie płuca prawego stanowiło tylko powikłanie nieznaczne głównego cierpienia usadowionego w tchawicy. Badanie krtani nie wykazało żadnych owrzodzeń, tylko tu i owdzie dołki z częściowego zaniku chrząstek krtaniowych powstałe, których brzegi jednak przy badaniu wziernikowem za życia i w obec mocnego obrzmienia błony śluzowej łatwo mogły przedstawiać się jakby wyniosłe brzegi wrzodu, którego dna dojrzeć nie udało się nam nigdy żadną miarą. Przy badaniu przeto krtani za pomocą wziernika wypada na przyszłość pamiętać i o złudzeniach podobnych. Mimo zmian jednak tego rodzaju wejście do krtani, przedstawiające się i po śmierci w postaci lejka obróconego końcem ku dołowi, było obszerne i nie mogło być pomawiane o sprawianie jakichkolwiek trudności przy oddychaniu. Wykonanie zatem tracheotomii nie mogło mieć na celu wyleczenie chorej stanowcze li tylko za pomocą tego rękoczynu, zwężenie bowiem nie miało siedziby w krtani, lecz miało posłużyć tylko do umożliwienia zbadania dokładniejszego tchawicy i zastósowania w danym razie dalszych zabiegów operacyjnych. Troskliwe jednak badanie rany pooperacyjnej i wnętrza tchawicy nie zdołało wyśledzić dokładnie siedziby i rodzaju zmian chorobowych, tak że miejscowo prócz czyszczenia kanuli i opatrywania rany, a ogólnie prócz podawania leków przeciwkiłowych żadnej energiczniejszej terapii zastósować nie byliśmy w stanie. W obec częstych napadów duszności i tkliwości chorej nie można było nawet badać tchawicy za pomocą zgłębników, a wynik sekcyi pouczył nas, że w obec niskiego ułożenia tęgiej blizny nie byłyby się również na nic przydały wszelkie nasze usiłowania operacyjne. Tracheotomija w przypadku naszym przyczyniła się tylko do złagodzenia przebiegu cierpienia złowrogiego i przedłużenia życia o tyle, że chora mogła śluz zapychający tak często zwężone wejścia do oskrzeli wykrztusić łatwiej i drogą krótszą przez ranę w tchawicy i kanulę, którą również niemal co chwila trzeba było czyścić z grudek gęstego, lepkiego śluzu.

Prawie we wszystkich ciężkich przypadkach opisanych przez Reya robiono również tracheotomię i podobnież jak w przypadku naszym mimo troskliwego pielęgnowania chorych i ścisłego ich badania śmierć nagła wśród napadu duszności kładła koniec przykrym i nieuleczalnym cierpieniom. Operacyja ta zatem lubo nie jest wskazaną w przypadkach niskiej siedziby zwężenia tchawicy, jednakowoż często bywa wykonywaną w celach nie przyczynowych, lecz paliatywnych i o tyle zasługuje na usprawiedliwienie pod względem umiejętnym.

Na tem kończę krótkie me uwagi epikrytyczne w przekonaniu, że opisaniem przypadku niniejszego przyczyniłem się choć w małej cząstce do wzbogacenia kazuistyki omawianego cierpienia i zwróciłem uwagę szan. kolegów na rodzaje i smutne następstwa zwężeń tchawicy powstałych niekiedy

na tle kiłowém, które w przypadkach wyjątkowych tylko i wśród nader sprzyjających okoliczności zakończyć się mogą wyleczeniem po zastósowaniu odpowiednich zabiegów operacyjnych, na którém to polu Schrötter niepospolite położył zasługi podając sposoby rozrywania zrostów usadowionych w głębi tchawicy.

II. Oceny i sprawozdania.

Dr. Longin Feigel (we Lwowie): **Otrucie gazem tlenku węgla, a w szczególności gazem świetlnym, ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** Lwów 1878, in 8vo min., str. 147.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51.)

Ostatnia część rozprawy zajmuje się wykazaniem CO we krwi za pomocą prób chemicznych i widmowych. Obszernie (str. 101 — 120) zastanawia się autor nad próbą sodową Hoppe-Seylera opierając się na rozprawie Jäderholma, z któréj dokładny podaje wyciąg do téj próby odnoszący się, dochodząc na podstawie doświadczeń swoich do wniosku: „Śmiało rzec można, iż doświadczeniami swemi Jäderholm stworzył naukową podstawę dla próby sodowéj Hoppego i zapewnił jéj trwałe stanowisko w praktyce sądowéj". Na zdanie to tém chętniéj pisać się możemy, o ile we wspomnianéj wyżéj ocenie dzieła Jäderholma podobny sąd wydaliśmy i od owego czasu mieliśmy już sposobność użycia w praktyce próby Hoppego z modyfikacyją przez Jäderholma zaleconą, a którą również uznaliśmy za stósowną (porówn. Przegląd Lekarski 1877, Nr. 25 i *Friedreichs Blätter f. ger. Med.* 1878, str. 353.). Z tém wszystkiém uważamy niejaką ostrożność za potrzebną, albowiem jakkolwiek próba sodowa ma obecnie ścisłą podstawę umiejętną, to jednak dochodzenie polega na rozróżnianiu barw, a wiadomo, jak delikatnemi czasem bywają odcienia tychże, a jeżeli uskutecznianie téj próby jest możebnem i łatwém nawet dla początkującego, to na odróżnianiu odcieni barw przez niedoświadczonego nie odważylibyśmy się opierać orzeczenia sądowolekarskiego; doświadczeńsi zaś mają w odwodzie próbę widmową i zapewne jéj w przypadkach sądowolek. nigdy pomijać nie będą. Wszakże sam Jäderholm w przypadkach sądowolek. radzi kontrolować próbę sodową za pomocą próby widmowéj, a nie uważa za potrzebne (przynajmniéj nic o tém nie wspomina) kontrolować próbę widmową za pomocą próby sodowéj, co zawsze przemawia za mniejszą wartością ostatniéj.

Nareszcie rozbiera autor próbę widmową (str. 121—145) również na podstawie dzieła Jäderholma i dochodzi do tych samych co on rezultatów, tak co do odczynników odtleniających, jakoteż co do znaczenia boranu sodowego, jako powstrzymującego gnicie krwi a nie zmieniającego własności jéj widmowych. Na ważność sądowo-lek. tego odkrycia Jäderholma wskazaliśmy już w ocenie naszéj, zwracając uwagę kolegów na prowincyi, że krew przy sekcyi z trupa wzięta a boraksem zaprawiona jeszcze po upływie długiego czasu ze skutkiem może być badaną w przyrządzie widmowym. Na wzór doświadczeń Jäderholma kol. Feigel uskutecznił kilka doświadczeń na krwi wziętéj z ciał ludzi zmarłych z CO, oraz z 3 królików umyślnie za pomocą gazu świetlnego otrutych i na podstawie tych własnych doświadczeń kontrolujących potwierdza wszystkie wnioski uczonego szwedzkiego. Uderza tylko, że autor nie umieścił w końcu przestrogi, ze stanowiska sądowo-lek. w dwójnasób wskazanéj, że jak wypadek dodatni próby sodowéj i widmowéj wymownie dowodzi obecności we krwi gazu CO, tak wypadek ujemny nie wyklucza jeszcze stanowczo otrucia tym gazem, zwłaszcza wtedy nie, jeżeli otruty nie umarł szybko, lecz oddychał jeszcze przez czas dłuższy powietrzem czystém; wynik taki ujemny pomimo niewątpliwego zaczadzenia zdarzył się już nam i innym kolegom, a więc liczyć się z nim koniecznie wypada.

Zapoznawszy czytelnika z treścią cennéj rozprawy kol. Feigla wypada nam w końcu zastanowić się nad szczegółem, który nazwaliśmy powyżéj najważniejszym, a mianowicie nad samodzielném tłumaczeniem jasnoczerwonych plam na powierzchni ciała występujących po otruciu gazem CO. Autor przychyla się do zapatrywania autorów pierwszych monografij o zaczadzeniu, a mianowicie Siebenhaara i Lehmanna oraz Friedberga, którzy plam tych jasnoczerwonych nie identyfikują ze zwykłemi plamami pośmiertnemi, lecz podczas gdy ostatni zdania te swoje wypowiedzieli nieśmiało i wcale nie kusili się o tłumaczenie istoty tych plam, autor wypowiada zdanie swoje stanowczo, uzasadnia je umiejętnie a istotę plam usiłuje tłumaczyć w sposób nowy. Z tego to właśnie powodu rzecz ta wymaga osobnego rozbioru.

Według autora plamy rozrzucone na przednich częściach ciała osób zmarłych z otrucia CO nie są właściwemi plamami pośmiertnemi, tj. ociekliniowemi, lecz polegają na zmianach w układzie naczyniowym i rozłożeniu krwi już za życia powstałych, a zawisłych od działania tlenku węgla na ustrój ludzki (str. 88). W tłumaczeniu tego twierdzenia autor opiera się na teoryi Klebsa, że otrucie gazem CO sprowadza za życia zwątlenie a nawet porażenie mięśni naczyniowych; w skutek tego cierpią najwięcéj drobne tętniczki w wielkiéj ilości w skórze przebiegające, dopływ krwi do nich będzie bardzo obfitym, odpływ zaś bardzo utrudnionym; stósunek ten będzie tém większym w częściach ciała, w których (jak w twarzy) powierzchowne sieci naczyniowe są gęste lub też skóra jest cienką i wiotko pokrywa części głębsze. Stan taki za życia objawi się jako sinica, a w skórze powstają drobne wynaczynionki. Po śmierci zaś krew trudno lub wcale nie cofa się z wężykowatych naczyń skórnych, a że skóra w miejscach tych jest bardzo cienką, krew tém łatwiéj będzie przeświecać i tworzyć owe różowe plamy.

Zanim przystąpimy do rozbioru spostrzeżeń, na których autor opiera to swoje tłumaczenie w otruciu gazem CO, podnieść musimy okoliczność, że na poparcie swojego sposobu widzenia odwołuje się także do podobnych zjawisk występować mających na zwłokach ludzi zmarłych z kwasu pruskiego i ze zmarznięcia, twierdząc, że w przypadkach tych uderza istotnie bardzo podobne rozpołożenie i kształt owych plam wrzekomo-pośmiertnych, jak po otruciu gazem CO, a polegających również na porażeniu mm. naczyniowych. Otóż na to twierdzenie zgodzić się nie możemy, albowiem:

1) W otruciu kwasem pruskim nie tylko myśmy nie widzieli, ani też u najlepszych autorów (Pelikan, Casper-Liman, Jüdell, Hofmann) nie znachodzimy wzmianki, ani też wreszcie autor sam nie wylicza przypadków, w którychby plamy (częstokroć jasno-czerwone) były tak umiejscowione, aby nie mogły być uważane za zwykłe plamy pośmiertne. Wątpimy, ażali najgwałtowniejsza z trucizn, działająca głównie na ośrodki nerwowe i na serce, dosięgnęła aż mm. naczyń skórnych, a jeżeli Hofmann na podstawie swo-

ich doświadczeń bardzo słusznie wykazuje (*Zur Kenntniss der Befunde nach Cyankaliumvergiftung, Wiener med. Woch.* 1876, Nr. 45), że rozpulchnienie i zaczerwienienie błony śluzowéj żołądka, częstokroć znachodzące się na zwłokach ludzi zmarłych ze sinku potasu, jest zmianą pośmiertną, to têm bardziéj plamy jasno-czerwone na powłokach zewnętrznych, gdziekolwiek one byłyby umiejscowione, jako pośmiertne uważać wypada.

2) Prawda, że zimno zrazu wprawdzie kurczy, ale następnie poraża naczynia skórne, prawda, że u zmarłych ze zmarznięcia krew częstokroć ma być jasno-czerwoną a plamy zewnętrzne jaśniejsze znachodzą się według Samsona na częściach przeważnie na zimno narażonych (na twarzy i na rękach), ale nikt jeszcze nie opisał u zmarzniętych takiego umiejscowienia plam, aby takowe nie mogły być uznane za pośmiertne. Zresztą śmierć ze zmarznięcia nie tylko na zachodzie ale i u nas z wyjątkiem u noworodków jest nadzwyczaj rzadką, a co ważniejsza, trudno, bo tylko drogą wykluczenia, rozpoznać się dającą. Przyznajemy, że co do tego rodzaju śmierci żadnego prawie nie mamy doświadczenia, ale za to każdéj zimy mamy do czynienia ze zwłokami zmarzniętemi, na których bardzo często spostrzegamy i krew i plamy zewnętrzne pięknie jasno-czerwono zabarwione, a to przecież nie może ulegać żadnéj wątpliwości, że plamy te są czysto pośmiertnemi, skoro człowiek umarł np. z zapalenia płuc, a po śmierci leżał przez kilka dni w szopie tak że zwłoki jego uległy zmarznięciu. Przez omyłkę zaś zacytował szan. autor na stwierdzenie zdania swego i przypadek przez nas opisany (Przegl. Lek. 1872, str. 68), tyczący się człowieka znalezionego w polu bez życia, a który, jak wszystkie okoliczności za têm przemawiały, upadł był na twarz i w położeniu têm znajdować się musiał przez czas dłuższy po śmierci; plamy jasno czerwone zatém znalezione nad kolanami, jako na miejscach bezwzględnie najniżéj położonych, były według wszelkich zasad ociekinowemi, zwłaszcza, że grzbiet żadnych plam nie okazywał.

Na analogiję więc z otruciem kwasem pruskim i zmarznięciem autor naszém zdaniem powołać się nie może w tłumaczeniu plam w mowie będących; pozostaje zatém tylko otrucie gazem CO.

Pisząc w r. 1872 uwagi swoje nad śmiercią z zaczadzenia zwróciliśmy pierwsi uwagę na to, że Friedberg plam w mowie będących nie uważa za zwykłe pośmiertne, a zarazem wystąpiliśmy przeciw temu zdaniu opierając się wówczas nietylko na własnych przypadkach, ale i na zdaniu Caspra-Limana, Zenkera, oraz na dwóch sekcyjach Klebsa i Recklinghausena. Późniejsi zasłużeni pisarze, jak Liman (w nowém wydaniu), Hirt (*Gewerbekrankheiten* w dziele Ziemssena), Eulenberg (*Handb. d. Gewerbe-Hygiene 1876*, str. 349), E. Hofmann (*Gerichtl. Medicin* i *Die forens. wichtigst. Leichenerscheinungen*, osobnego odbicia str. 15), uważają te plamy za zwykłe, tylko inaczéj zabarwione plamy pośmiertne, (a trudno przecież przypuścić, aby znakomici lekarze sądowi w Berlinie i w Wiedniu nie zwrócili uwagi swéj na zjawisko wyjątkowe), podczas gdy Böhm (*Intoxicationen* w dziele Ziemssena) wspomina tylko, że na skórze przodkowéj płaszczyzny ciała występować mają plamy jasno-czerwone nieregularne i bardzo rozległe, jednak w bliższe tłumaczenie ich istoty wcale się nie wdaje. Doświadczenie nabyte po napisaniu naszych uwag nie dozwala nam zmieniać zapatrywanie dawniejsze; w kilku bowiem przypadkach zaczadzenia, które widzieliśmy za życia, a z nich był jeden bardzo ciężki pomyślnie ukończony, nie mieliśmy nigdy sposobności widzenia plam czerwonych za życia, a przy sekcyi ani razu nie zdarzyło nam się widzieć plam tak rozmieszczonych, abyśmy nie mogli ich uznać za pośmiertne. W ogóle wszystkie przypadki szczególnego rozmieszczenia plam pośmiertnych bardzo dobrze dotychczas tłumaczyć nam się dały według zasady Engla o względnie niższéj powierzchni; najbardziéj zaś pouczającym był przypadek, który właśnie temi dniami widziałem z kol. Żuławskim. Mieliśmy przed sobą zwłoki kobiety zmarłéj z zapalenia płuc i opłucny, które przez 6 dni były pochowane w ziemi; w kilka godzin po ekshumacyi znaleźliśmy obok zielonego zabarwienia powłoki brzusznéj i lędźwiowéj grzbiet cały zajęty pięknemi jasnoczerwonemi plamami, w obydwóch zaś okolicach pod- i nadobojczykowych, oraz na licach, występowały plamy różowe nieregularne, wielkości od 4 grajcarówek do wielkości dłoni małego dziecka, odosobnione; takie same plamy znachodziły się i po bokach ciała, odkąd zlewając się coraz bardziéj wzdłuż kręgosłupa przedstawiały się jako plama jednolita, zbitsza, jasno- i ciemno-wiśniowa. Nacięcia nie wykazały ani śladu podbiegnięcia krwi. Nie ulega wątpliwości, że to są plamy pośmiertne, z powodu mrozu jaśniejsze i spóźnione; przypatrując się zaś trupowi, który leżał bez podkładki pod głową, można było przekonać się o prawdziwości zasady Engla; w têm położeniu bowiem nie tylko głowa niżéj leży od kadłuba, ale okolice nadobojczykowe, a zwłaszcza podobojczykowe przypadają znacznie niżéj od reszty klatki piersiowéj. Jeżeli więc plamy takie jasno-czerwone na miejscach niezwykłych powstawać mogą po śmierci, skutkiem działania zimna, bez względu na przyczynę śmierci, dlaczegoby nie mogły tworzyć się pośmiertnie po otruciu gazem CO, zwłaszcza gdy krew wtedy jest płynną?

Z têm wszystkiém atoli z faktami podanemi przez Dra Feigła liczyć się koniecznie potrzeba, a mianowicie: 1) widział autor u jednéj osoby podobne plamy za życia. Autorowie dawniejsi, a z nowszych Leudet i Friedberg, spostrzegali już plamy te za życia występujące, jednak nieznany nam jest przypadek taki, któryby się zakończył śmiercią, a taki przypadek byłby najważniejszym; gdyby bowiem u jednego i tego samego człowieka znaleziono po otruciu CO tak za życia jeszcze, jako i po śmierci plamy jasno czerwone w jednéj i téj saméj okolicy, kwestyja przestałaby być sporną. 2) Autor widział na zwłokach w kilka godzin po śmierci plamy w mowie będące rozwinięte na przodkowéj płaszczyźnie, podczas gdy na tylnéj nie było jeszcze plam pośmiertnych. Jeżeli wykluczoną była stanowczo możebność, że zwłoki poprzednio nie miały innego położenia, to i ta okoliczność jest ważną. 3) Autor widział u 3ch ludzi niezliczone drobne wynaczynionki w skórze, tam gdzie owe plamy były widoczne, co dowodzi, że tam odbywały się pewne zaburzenia w krążeniu krwi. Okoliczności te są wymowne i dlatego przypuścić należy, że jak wszędzie tak i tu zdarzają się wyjątki od prawidła, że wyjątki te mogą nawet być nie bardzo rzadkiemi, i że w rzeczy saméj mamy w tych razach do czynienia z plamami, „które są pośmiertnemi w têm znaczeniu, że tworzą się dopiero po śmierci, „lecz przyczyną tworzenia się ich należy odnieść do warunków, które już są dane za życia,“ jak powiada autor, czyli jak krócéj się wyraża Engel: z objawami pośmiertnemi rozpoczynającemi się już za życia.

Ale czy te objawy zawisły od otrucia gazem CO, to inne pytanie. Autor odpowiadając na nie twierdząco opiera

się, jak widzieliśmy, na teoryi Klebsa; ale pomijając już okoliczność, że teoryja ta, przypisująca zwątleniu i porażeniu mm. naczyniowych pierwszorzędne znaczenie w otruciu CO, już prawie obaloną została, i zgadzając się na sam fakt, że gaz ten sprowadza zwątlenie i porażenie naczyń, to przecież zmiana ta występuje zawsze w uduszeniu powolném w skutek porażenia ośrodka naczynioruchowego przez krew w tlen ubogą (L. Hermann), a przecież plam w mowie będących, choćby inaczéj zabarwionych, nie widzimy wcale często, pomimo, że pojęcie śmierci z uduszenia w naszych czasach stało się nierównie obszerniejszém, aniżeli było przedtém. Gdybyśmy je zaś w przypadkach uduszenia częściéj znachodzili, mielibyśmy wprawdzie dowód, że polegają na zwątleniu naczyń, ale zarazem mielibyśmy także dowód, że nie cechują wcale otrucia CO.

Engel podaje, że u ludzi zmarłych w napadzie drgawkowym zdarzają się plamy sine we wszystkich okolicach, gdzie w skutek przeważnego ściągania się mięśni skóra znajduje się w stanie lekkiego zwiotczenia, a więc w zagubach łokciowych, we wszystkich zagięciach ciała, głównie zatém na szyi, w okolicach podobojczykowych, na przodkowych bocznych częściach brzucha, na wewn. stronie odnóg, na dłoni itd. Czy w ten sposób nie dałyby się wytłumaczyć owe plamy, oczywiście jasno-czerwone w otruciu CO, któremu tak często towarzyszą drgawki, a czy brak onych nie mógłby przemawiać za tém, że drgawek nie było? Rzucamy tu tylko tę myśl, niechcąc rozstrzygać kwestyi, co do któréj dotąd dostatecznego nie mamy doświadczenia: autorowi należy się uznanie, że kwestyję tę poruszył, my omawiając ją chcieliśmy tylko na nią zwrócić uwagę kolegów.

Dla braku miejsca kończąc ocenę rozprawy z wielu względów ciekawéj, chcemy tylko jeszcze wskazać dwie małe luki. Mówiąc o zaczadzeniu powinien był autor wspomnieć i o powstaniu onego w skutek spalenia się człowieka, na które to źródło zaczadzenia zwrócił naprzód uwagę Hofmann, następnie Friedberg (a odkrył je na nowo more gallico Brouardel), przyczém nastręczyłaby się zręczność robienia doświadczeń celem wykazania, czy CO nie może dostać się do ciała po śmierci człowieka; daléj literatura nie jest wyczerpującą, tak np. nie wspomina autor o nowszych pracach Hirta, Eulenberga i Hünefelda; nigdzie też nie spotykamy się z nazwiskiem słynnego naszego rodaka Nawrockiego, tyle zasłużonego w badaniu widmowém krwi. Język nie bardzo jest poprawny, korekta nie bardzo staranna, skąd spotykamy się z takiemi omyłkami jak Serzeczka (zam. czysto polskiego nazwiska Skrzeczka), Lothar, Meyer (zam. Lotar Meyer,) Leban (zam. Lebon.) itp. drobnostkami szpecącemi.

W osobie autora, który złożył dowód wielkiéj pracowitości, uniwersytet lwowski zyska siłę wcale nieposlednią: na rozprawę jego zwracamy szczególną uwagę kolegów lekarzy sądowych, i w interesie nauki pragniemy, aby rozprawa ta większe budziła zajęcie, aniżeli uwagi nasze w r. 1872 napisane, po których doczekaliśmy się zaledwie dwóch opisów kazuistycznych (przypadku wspólnie z nami spostrzeganego przez prof. Janikowskiego w r. 1873, a drugiego przez kol. Serkowskiego w r. 1874), podczas gdy przypadek trzeci dokładnie rozpoznany przez kol. Dra Reifera w Tarnobrzegu dotychczas czeka jeszcze ogłoszenia.

Rozprawę swoją dedykował autor prof. Janikowskiemu.

Prof. Blumenstok.

III. Listy z Warszawy.

IV.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51.)

Z pośród głosów w prasie powstających przeciwko dzisiejszemu stanowi sanitarnemu Warszawy i podających środki zaradcze zasługują na uwagę dwie obszerniejsze prace, jedna napisana przez lekarza Dra Markiewicza, a druga przez inżyniera p. Karola Fritsche. W pierwszéj wydanéj kosztem Redakcyi „Medycyny" autor obszernie się rozpisuje o tymczasowych środkach asenizacyi, a o kanalizacyi tylko we wstępie w ogólnych zarysach mówi. Cała praca nie ma na sobie miejscowego charakteru i może być przez wszystkich, nawet nie mieszkających w Warszawie i nie troszczących się o stan zdrowia tego miasta, z pożytkiem czytana. Mowa tu o środkach tymczasowéj asenizacyi miast większych, średnich i małych. Główną część dzieła zajmuje dokładny opis miejsc ustępowych rozmaitych systemów. Nie wątpię, iż w Krakowie i w ogóle w Galicyi zajmująca ta praca znajdzie czytelników; dokładny jéj tytuł jest: Assenizacyja miast. Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych, opracował Dr. Stanisław Markiewicz z Soczewki z drzeworytami. Warszawa 1878. (Zob. ocenę podaną w Nrze 41 Przegl. Lek. z rb. przez Dra Buszka. *Redakcyja.*)

Druga praca: O naglącéj potrzebie poprawy stanu sanitarnego miasta Warszawy, napisał Karol Fritsche, b. naczelnik technicznego oddziału w b. Administracyi zakładów górniczych rządowych. Warszawa 1878, traktuje ten sam przedmiot ze stanowiska więcéj technicznego niż lekarskiego i proponuje zupełnie nowy sposób wydalania nieczystości miejskich za miasto. Autor radzi wybudować kanały w Warszawie dla odpadków kuchennych, wody spłókującéj, wody deszczowéj, jedném słowem dla wszystkich nieczystości z wyjątkiem zawartości wychodków. Nieczystości te mają być wlewane do Wisły, a autor stara się udowodnić cyframi, iż z tego powodu tak niewielka ich ilość dostanie się do téj rzeki, iż nie może to wpłynąć na zanieczyszczenie wody. Kał ludzki radzi autor palić w wychodkach swojego pomysłu. Wychodki, których wzór istnieje w Warszawie i funkcyjonuje z najlepszym (jak autor zaręcza) skutkiem od lat dwóch, tak są zbudowane, iż mocz oddziela się od części stałych, te ostatnie pozostają na płycie żelaznéj w stanie suchym, a co parę tygodni zapala się ogień w piecu na ten cel przeznaczonym i płomień przepuszcza się spodową płytą w całéj jéj długości. Skutkiem tego kał zamienia się na popiół, który z łatwością i z pożytkiem w celach rolniczych zużytkowanym być może; mocz w beczkach zaszpuntowanych także z łatwością może być przesłany i do użyźnienia gruntu spotrzebowany. Taki jest w ogólnych zarysach ten nowy pomysł; bliższych szczegółów podawać tu niemożemy, ciekawych odsyłamy do saméj pracy.

Komitet wyznaczony przez Towarzystwo lek. warsz. do zbierania składek na stypendyjum imienia śp. Polik. Girsztowta, złożony z Drów Wł. Brodowskiego, W. Narkiewicza-Jodkę i J. F. Nowakowskiego, skończył już swoją czynność i d. 19 listopada rb. zamknął listę składek. Ze sprawozdania które mamy przed sobą dowiadujemy się, iż 1265 osób złożyło na ten cel 4177 rubli 64 kop., a ponieważ pieniądze te lokowane były w miarę ich wnoszenia na procent, więc

z przyłączeniem owych procentów i z odłączeniem niezbędnych kosztów (10 rs. 6 kop.) cała suma wynosi 4,292 ruble 58 kop.

Stosunek ofiarodawców jest następujący: Lekarze miasta Warszawy złożyli rs. 1488, aptekarze warszawscy rs. 8(!!) aptekarze z prowincyi i cesarstwa rs. 365, studenci warsz. uniwersytetu rs. 50 kop. 50, felczerzy rs. 12 kop. 90, osoby prywatne rs. 1167 kop. 64.

Komitet proponuje, żeby za uzbieraną sumę kupić listy zastawne miasta Warszawy, a procent stąd otrzymany, który koło 230 rubli rocznie wyniesie, dawać corocznie w dniu śmierci śp. Girsztowta studentowi kursu 5go, który szczególne zamiłowanie do chirurgii okazywać będzie. Projekt ten poddany będzie dyskusyi na jedném z pierwszych posiedzeń towarzystwa lek. w roku przyszłym. Niezależnie od tego zbierano składkę na nagrobek śp. Girsztowta, który ma być umieszczony w jednym z kościołów warszawskich. Wykonanie tego nagrobku poruczono rzeźbiarzowi Ostrowskiemu.

Tak więc myśl uczczenia pamięci człowieka, który tak ogólny żal po sobie zostawił, podniesiona, jeżeli się nie mylę przez „Medycynę,“ w świetny sposób urzeczywistnioną została.

Dr. Koczorowski, zmarły w roku bieżącym w Piotrkowie, przeznaczył także do dyspozycyi naszego towarzystwa lekarskiego dochód roczny w ilości 2600 rubli, którym w taki sposób rozrządził, iż 3 stypendyja mają być rokrocznie wydawane (po 600 rubli) studentom medycyny pochodzenia polskiego, religii rzymsko-katolickiéj, a reszta przyznana ma być w nagrodę za najlepszą rozprawę treści medycznéj lub przyrodniczej.

Zdolny i sumienny pracownik na polu syfilidologii Dr. Klink wysłany został do Petersburga kosztem rady dobroczynności publicznéj (tak u nas nazywają władzę, która zarządza wszystkiemi zakładami dobroczynnemi, a któréj prezyduje gubernator warszawski) dla zbadania wszystkich kwestyj i urządzeń odnoszących się do choroby przymiotowéj prostytucyi, domów podrzutków etc. Na przedostatniém posiedzeniu towarzystwa lekarskiego Dr. K. czytał obszerne a bardzo interesujące sprawozdanie ze swojéj wycieczki, przyczém dowiedzieliśmy się o wielu wcale nie ciekawych szczegółach odnoszących się do naszego szpitala św. Łazarza, przeznaczonego dla chorób syfilitycznych i skórnych. Dr. K. szczegółowo rozbiera pracę Dra Szperka, naczelnego lekarza petersburskiego szpitala syfilitycznego (t. zw. kalinkińskiego). Mnóstwa ciekawych szczegółów się tu dowiadujemy, oto niektóre z nich:

Kobiety publiczne, nad któremi rozpostarta jest kontrola policyjna, dzielą się w Petersburgu na biletne, mieszkające w domach publicznych, i na odinoczki, mieszkające oddzielnie. W roku 1876 tych pierwszych było 1167 w 177 domach publicznych, a tych drugich w tymże samym roku 1413. Rewizyja odbywa się dwa razy tygodniowo. Około 90% kobiet w domach publicznych mieszkających dostaje się do szpitala. Statystyka wykazuje, iż 67% kobiet zarażonych téj ostatniéj kategoryi przypada na lata od 15go do 20go, w roku zaś 35 życia w przeciągu 4ch lat nie było ani jednego przypadku zarażenia, czyli że kobiety w domach publicznych przebywające po za 25 rokiem życia prawie wszystkie są syfilizowane! nb. mowa tu o pierwotném stwardnieniu przymiotowém. Dr. Szperk z poszukiwań swoich wyprowadza wnioski: 1) że kobieta publiczna kategoryi, o któréj mowa, zaraża się przymiotem w pierwszych 3ch latach po wstąpieniu do domu publicznego; 4 lata należy uważać za ostateczne maximum. 2) odnowienie składu kobiet publicznych zupełnie zdrowemi indywiduami odbywa się tylko w latach do 25 roku; liczba kobiet zdrowych wstępujących na drogę prostytucyi w latach od 25go do 30go jest niesłychanie małą. Kobiety publiczne same mieszkające daleko mniéj ulegają zarazie syfilitycznéj, aniżeli przebywające w domach publicznych.

Dr. K. opisuje szczegółowo wprowadzoną przez Dra Szperka metodę zbierania danych statystycznych odnoszących się do rozprzestrzeniania się chorób syfilitycznych w prostytucyi i powiada, iż metoda ta jeszcze w roku bieżącym zaprowadzoną będzie w naszym szpitalu św. Łazarza, w którym obfity materyjał zupełnie stracony był dla nauki. Sprawozdawca chwali urządzenia i przepisy prostytucyi w Petersburgu i przyznaje im wyższość nad temi samemi w Warszawie istniejącemi.

W dalszym ciągu sprawozdawca wytyka rozmaite wadliwe urządzenia w szpitalu św. Łazarza i dowodzi, jako rozmaite obowiązujące w nim prawa czynią z niego raczéj więzienie aniżeli szpital. Zestawienie tego szpitala z kalińkińskim petersburskim wypada na korzyść tego ostatniego. Nacisk wielki kładzie Dr. K. na odwidzanie chorych, które u św. Łazarza absolutnie jest wzbronione, przez co pacyjentka jest odciętą od świata przez cały czas kuracyi, która jak wiadomo czasem bardzo trwa długo. Kobiety publiczne i inne dotknięte przymiotem ukrywają swoją chorobę przez obawę dostania się do tego „więzienia.“ Sprawozdawca proponuje, żeby odwidzanie chorych było dozwolone z pewnemi restrykcyjami (2 razy na tydzień, nie w salach lecz w przedsionku w obecności dozorcy szpitalnego etc.) Drugą okolicznością nadającą szpitalowi naszemu charakter więzienny są areszta wewnątrz szpitala, którym ulegają chore niesfornie i nieprzyzwoicie się zachowujące; takowe bezwarunkowo zniesione być powinny, a jeżeli pacyjentka jaka zakłóca do tego stopnia spokój szpitala, iż trzymać jéj w nim nie można, to (radzi Dr. K.) posłać ją należy do aresztu policyjnego, gdzie miejscowy lekarz dalszą jéj kuracyją zająć się powinien. Trzecią i według mnie najważniejszą przyczyną, dla któréj szpital św. Łazarza nie odpowiada szczytnemu zadaniu instytucyi leczniczej, jest niedorzeczne prawo, według którego lekarz naczelny obowiązany jest o każdéj pacyjentce, która dobrowolnie do szpitala się udała, złożyć (po wyzdrowieniu jéj) raport o niéj do komitetu policyjno-sanitarnego, co prowadzi za sobą smutne następstwo, iż musi ona dwa razy tygodniowo chodzić do rewizyi. Skutki takiego barbarzyńskiego prawa są najfatalniejsze. Szwaczka, sklepowa, służąca, która przypadkiem zarażoną została i leczyła się dobrowolnie (dla braku środków) w szpitalu, nie może już nigdzie miejsca dostać, bo zewsząd ją wydalają, jak tylko się dowiedzą, że figuruje na liście kobiet publicznych i jest przez to niejako zmuszoną do oddawania się prostytucyi. Można sobie łatwo wyobrazić, jak dalece prawo to odstrasza zarażone kobiety od szpitala, jak leczą się one pokątnie u felczerów, akuszerek etc., jak mają one bez przestanku stosunki z mężczyznami i nakoniec, w jak wysokim stopniu przyczynia się ono do rozszerzania choroby wenerycznéj. Ściąganie kosztów kuracyjnych przez policyję z wymienieniem za co się od niéj pieniądze należą, i w którym szpitalu się leczyła, również deprymująco moralnie oddziaływa na kobiety, które przypadkiem tylko zarażone zostały, ale z prostytucyi fachu jeszcze nie zrobiły.

Do wielkich niedogodności szpitala św. Łazarza zaliczyć należy brak dostatecznéj posługi. Na 56 chorych jedna

wypada posługaczka! Rzecz prosta, że przy najszczerszéj chęci i najmozolniejszéj pracy nie może ona wszystkim obowiązkom podołać. Przygotowanie kataplazmów, kompresów, utrzymanie czystości około choréj gorączkującéj pozostawione jest samym chorym; stąd ciągle są narzekania i bezustanne zatargi pomiędzy chorymi i posługaczkami, które w ogóle należą do wcale nie ciekawéj sfery społeczeństwa.

Dr. K. wreszcie wykazuje cyframi, iż pożywienie chorych w szpitalu św. Łazarza jest niedostateczne, i że w wielu razach chore są poprostu głodzone. Okoliczność ta przedewszystkiém źle wpływa na leczenie, przy którém (zwłaszcza rtęciowém) dobre żywienie jest pierwszym i niezbędnym warunkiem; następnie wynikają z tego bardzo smutne skutki; chore biją się nieraz o kawałek chleba, uciekają do kuchni, piorą i inne posługi czynią dla zarobienia sobie na zaspokojenie swojego głodu etc. Zawsze i stale narzekają przed lekarzem, że nie mają co jeść, że są ciągle głodne, przez co w przykrém stawiają go położeniu, gdyż nie może on nic na to zaradzić. Zamożniejsze chore kupują sobie chleb, herbatę etc. za wysokie pieniądze (prawdopodobnie od służby szpitalnéj, która wcale nie źle na tym handelku musi wychodzić). O niedostatecznéj bieliźnie, małéj ilości wanien etc. rozpisywać się już nie będę. Ciekawych odsyłam do saméj pracy Dra Klinka, która pod każdym względem na szczególną zasługuje uwagę. Poruszone są w niéj w dalszym ciągu kwestyje prywatnych syfilitycznych zakładów, domów podrzutków, odwietrzania sal, wychodków itp. specyjalnych zakładów dla kobiet chorych na raka, szpitali dla dzieci syfilitycznych i t. d.

Warszawa d. 18 grudnia 1878. β.

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d 24 grudnia. Z numerem dzisiejszym Przegląd Lek. kończy rok 17ty istnienia swego. Rok ubiegający był próbierzem żywotności tygodnika naszego: zmiana formatu i objętości, podwyższenie honoraryjum a w parze z niém idące podwyższenie prenumeraty, były to nowacyje, które zdaniem wielu groziły przesileniem niebezpieczném. Tygodnik nasz. z dumą powiedzieć to możemy, wyszedł z tego przesilenia bez szwanku, a obecnie poważniejszy, tak co do powierzchowności jako i treści. śmiało spogląda w przyszłość. Towarzystwo lekarskie nasze, które nie ulękło się śmiałéj inicyjatywy, dobrze zasłużyło się piśmiennictwu krajowemu; Redakcyja zaś poczuwa się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania szan. współpracownikom za skuteczne poparcie jéj zabiegów.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 47 (od 17 — 23 listopada włącznie) umarło w Krakowie osób 29; męż. 15 i kob. 14; w obwodach 11 osób a w szpitalach 18; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 26,9.

* **Mianowania i odznaczenia.** Krzesło opróżnione po Kl. Bernardzie w akademii umiejętności w Paryżu otrzymał fizyjolog Marey. — Jakób Moleschott, obecnie w Turynie, zamianowany został prof. w Rzymie. — Dr. Mojżesz Popper potwierdzony został jako docent statystyki lek. w Pradze. — W Klausenburgu mianowani: Dr. Ferdynand Klug zw. profesorem fizyjologii, a Dr. Aureli Török prof. anatomii. — Dr. E. Fleischl asystent przy katedrze fizyjologii i docent we Wiedniu otrzymał od rządu francuskiego tytuł: *officier de l'instruction publique.*— Prof. Gustaw Braun otrzymał krzyż kawalerski 1éj kl. orderu domowego Ernestyńskiego.

* **Nekrologija** W Strasburgu umarł Dr. Schneiter, nestor tamecznych lekarzy i b. lekarz naczelny szpitala. — We Francyi † deputowany Dr. Mallet b. lekarz marynarki. — W Liwnie (w Bośnii) † z duru starszy lekarz rezerwy Dr. Leop. Peintinger w 29 roku życia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **Czwartek** dnia 2 stycznia 1879 o godzinie 5téj popołudniu posiedzenie administracyjne, na którém urzędnicy Towarzystwa i sekretarze stałych jego komisyj zdadzą sprawę z czynności i stanu towarzystwa i jego komisyj w roku ubiegłym, poczém nastąpi narada nad projektem nowego statutu, nakoniec odbędą się wybory prezesa, wiceprezesa, sekretarza dorocznego i komisyi redakcyjnéj.

ODEZWA.

Towarzystwo lekarskie krak. poleciło osobnéj komisyi zdawać corocznie sprawę z prac lekarskich wychodzących w języku polskim do roczników Virchowa i Hirscha w Berlinie. Pomimo, że komisyja szczególną na to zwraca uwagę, aby nie pominąć żadnéj pracy polskiéj, zdarza się, że samoistne dzieła lub pisma peryjodyczne, w których prace lekarskie bywają umieszczone, nie na czas lub wcale nas nie dochodzą. Pragnąc, aby sprawozdania nasze były wyczerpujące i zupełne, upraszamy szan. autorów, aby po jednym egzemplarzu prac swoich zaraz po wydrukowaniu przesłali komisyi na ręce sekretarza (Kraków, Wesoła, klinika chorób ocznych.)

Kraków 12 grudnia 1878.

Prof. Oettinger przewodniczący. *Dr. Machek* sekretarz.

Sprostowanie. W Nrze 50, str. 601, szpalta 2. wiersz 18 od dołu. zamiast 27·3° C. powinno być: 273.00° C.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Objąwszy z dniem 18 października rb. urząd członka Wydziału i Podskarbiego Stowarzyszenia dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich upraszam wszystkich Członków tego Stowarzyszenia zalegających z opłatą składek aby takowe jak najrychléj na moje ręce nadesłać raczyli, nadmieniając, iż składki te nadsłać można łącznie z Przedpłatą na Przegląd Lekarski.

Dr. Grabowski.
Rynek Nr. 45.

ADMINISTRACYJA

„Przeglądu Lekarskiego“

dostarczać będzie abonentom brakujących im Numerów **Przeglądu Lekarskiego** z r. 1878, po dzień 15 Lutego 1879 r.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. po zarządem Ign. Stelcla.